Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 37 · numéro 5 · mai 2017

Numéro spécial : Troubles de l'humeur et d'anxiété, partie II

Dans ce volume

145 Introduction

147 Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

160 Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice

172 Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

185 Lettre à la rédaction – Les répercussions de la professionnalisation de la promotion de la santé au Canada : une réponse à la lettre à la rédaction de J. R. Graham

187 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2017

ISSN 2368-7398
Pub. 160269
Journal_HPCDP-Revue_PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/autinfo-fra.php

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.01f

Introduction

Siobhan O'Donnell, M. Sc, rédactrice scientifique invitée

Diffuser cet article sur Twitter

C'est avec plaisir que nous vous présentons le second de nos deux numéros spéciaux sur les troubles de l'humeur et d'anxiété, fondés sur les résultats de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA)[1]. Le premier numéro, publié en décembre 2016, contenait trois articles brossant un portrait des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur ou d'anxiété, à savoir leurs caractéristiques sociodémographiques[2], leur état de santé, les limitations dans leurs activités ainsi que leur degré d'invalidité[3] et enfin les facteurs associés à leur bien-être[4]. Les trois articles publiés ici portent quant à eux sur des thèmes liés à la prise en charge de ces troubles[5-7]. Globalement, ces articles explorent les facteurs sociodémographiques clés dont on sait qu'ils ont un impact sur les résultats de santé, et ils traitent également des stratégies visant à favoriser la guérison et le mieux-être des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur ou d'anxiété.

Dans le premier article, *Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété*[5], Cheung et ses collaborateurs examinent le lien entre le délai avant le diagnostic et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, le degré d'invalidité, les limitations d'activité, la santé générale et mentale perçue et la satisfaction à l'égard de la vie. Pour ce faire, les répondants ont été classés en trois sous-groupes, en fonction du délai avant le diagnostic (plus de 5 ans, 1 à 5 ans, moins de 1 an). L'analyse des résultats repose sur des données probantes montrant l'importance de poser un diagnostic précoce et d'entamer rapidement le traitement de ces troubles.

Dans leur article *Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice*[6], Pelletier et ses collaborateurs se penchent quant à eux sur l'autogestion des troubles de l'humeur et d'anxiété par l'activité physique et l'exercice. Ils examinent ainsi les liens entre la fréquence de l'activité physique pour gérer un trouble de l'humeur ou d'anxiété (c.-à-d. ne faire aucun exercice, faire de l'exercice 1 à 3 fois par semaine ou faire de l'exercice 4 fois ou plus par semaine) et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, la santé générale et mentale perçue et la satisfaction à l'égard de la vie. L'analyse des résultats repose sur des données probantes montrant les bienfaits de l'activité physique et de l'exercice et portant sur les façons de favoriser l'adoption et la poursuite de cette stratégie d'autogestion.

Dans le dernier article, *Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété*[7], O'Donnell et ses collaborateurs examinent le recours aux médicaments sur ordonnance et aux services de consultation psychologique pour la gestion des troubles de l'humeur et d'anxiété, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à l'utilisation de ces stratégies et enfin les raisons invoquées pour ne pas y recourir. Cette étude est la première à présenter des données nationales sur l'utilisation des médicaments sur ordonnance et le recours à la consultation en psychologie chez les adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété. L'analyse des résultats repose sur les facteurs ayant une influence sur les choix qu'une personne effectue en matière de recours à un traitement.

À propos de la source de données

L'EPMCC-THA de 2014, une enquête transversale de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2013, est la seule enquête nationale qui recueille des renseignements sur les expériences des Canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété par un professionnel de la santé. L'enquête a été menée auprès de Canadiens âgés d'au moins 18 ans, vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant été sélectionnés parmi les répondants de l'ESCC de 2013 pour avoir répondu « oui » lorsqu'il leur a été demandé s'ils avaient reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété posé par un professionnel de la santé, trouble ayant persisté ou dont on s'attendait à ce qu'il persiste six mois ou plus. L'EPMCC-THA fournit des renseignements détaillés sur un large éventail de sujets liés aux troubles de l'humeur et d'anxiété, notamment les effets de ces troubles sur les activités quotidiennes et professionnelles, les approches cliniques et d'autogestion utilisées pour les gérer et les obstacles aux soins et à l'autogestion. Le questionnaire complet et la documentation complémentaire sont accessibles en ligne sur le site de Statistique Canada à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160.

Références

1. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-AH) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013 [consulté le 24 janvier 2017]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160

2. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):307-321.

Rattachement de l'auteure :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA 6806B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

3. Loukine L, O'Donnell S, Goldner EM, McRae L, Allen H. État de santé, limitations d'activité, restrictions professionnelles et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12): 322-335.

4. Orpana H, Vachon J, Pearson C, Elliott K, Smith M, Branchard B. Corrélats du bien-être chez les Canadiens présentant des troubles de l'humeur ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):336-348.

5. Cheung R, O'Donnell S, Madi N, Goldner EM. Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(5): 147-159.

6. Pelletier L, Shanmugasegaram S, Patten SB, Demers A. Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(5):160-171.

7. O'Donnell S, Syoufi M, Jones W, Bennett K, Pelletier L. Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(5):172-184.

Hommage au Dr Elliot Goldner

29 octobre 1953 – 27 novembre 2016

Dr Elliot Goldner, M.D., FRCPC (psychiatrie), M. Sc. S., professeur, doyen associé (recherche) et directeur du Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser

Les auteurs des deux numéros spéciaux tiennent à rendre hommage à leur estimé collègue, également co-auteur de deux articles de cette série, le Dr Elliot Goldner, décédé subitement le 27 novembre 2016. Elliot a commencé sa carrière comme psychiatre dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, où il aidait les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Il a été l'un des membres fondateurs du Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser. Son programme de recherche portait sur un large éventail de problèmes liés à la santé mentale et à la dépendance. Il a également été, au fil des ans, le mentor de nombreux professeurs et étudiants de premier cycle comme des cycles supérieurs. Parmi ses contributions et ses réalisations exceptionnelles, notons la mise sur pied d'une unité de recherche visant expressément à soutenir les gouvernements dans leurs efforts pour améliorer les services en matière de santé mentale et de toxicomanie, en particulier en leur fournissant des conseils éclairés pour l'élaboration du Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada. Le dévouement d'Elliot, sa passion pour son travail ainsi que son attitude chaleureuse, humble et bienveillante, faisaient de lui une personne hors du commun. Son décès est une immense perte pour tous ceux qui ont eu le privilège de travailler avec lui, et pour toute la communauté en soins de santé mentale.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.02f

Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Ricky Cheung, Ph. D. (1); Siobhan O'Donnell, M. Sc. (1); Nawaf Madi, Ph. D. (2); Elliot M. Goldner†, M.D. (3)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Cette étude examine les relations entre le délai écoulé avant l'établissement d'un diagnostic et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, ainsi que les relations entre ce délai de diagnostic et l'état de santé physique et mental des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété.

Méthodologie : L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété de 2014 a été utilisée pour cette étude. L'échantillon de l'étude (n = 3 212) a été divisé en trois sous-groupes en fonction du délai de diagnostic : long (plus de 5 ans), modéré (1 à 5 ans) et court (moins d'un an). Nous avons réalisé des analyses de régression logistique multivariées descriptives et multinomiales. Nous avons pondéré toutes les estimations afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Résultats : La plupart (61,6 %) des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont dit avoir reçu leur diagnostic plus d'un an après l'apparition des symptômes (délai modéré : 30,0 %; délai long : 31,6 %). Après ajustement des caractéristiques individuelles, nous avons constaté qu'un délai modéré était significativement associé à la présence d'un faible nombre de comorbidités physiques ou d'aucune, qu'un délai long était significativement associé à un âge plus avancé, et qu'un délai long ou modéré étaient significativement associés à l'apparition de symptômes à un jeune âge. Finalement, un délai long était significativement associé à une santé mentale perçue comme « mauvaise » ou « passable » et à un nombre plus élevé de limitations d'activité.

Conclusion : Ces résultats confirment qu'un long délai de diagnostic est associé à des résultats de santé négatifs chez les adultes canadiens atteints de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Le délai de diagnostic est particulièrement sous-optimal chez les adultes plus âgés et les personnes dont les symptômes sont apparus à un jeune âge. La mise en œuvre de stratégies adaptées facilitant l'établissement d'un diagnostic précoce chez les personnes les plus susceptibles d'obtenir un diagnostic tardif, surtout chez celles dont les symptômes sont apparus à un jeune âge, est nécessaire.

Mots-clés : troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, diagnostic tardif, état de santé, enquêtes de santé, surveillance de la population, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada

Points saillants

- Seule une minorité (38,4 %) des adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué(s) ont déclaré avoir reçu leur diagnostic dans un délai cliniquement acceptable, c.-à-d. moins d'un an après l'apparition de leurs symptômes.
- Les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué chez qui le délai de diagnostic était modéré (1 à 5 ans) étaient plus susceptibles de n'avoir aucune ou peu de comorbidités physiques. Ceux chez qui le délai de diagnostic était long (plus de 5 ans) étaient plus susceptibles d'être plus âgés. Ceux chez qui le délai de diagnostic était modéré ou long étaient plus susceptibles d'avoir vu leurs symptômes apparaître à un jeune âge.
- Un long délai de diagnostic était associé à de moins bons résultats de santé physique et mentale.
- Il est primordial de mettre en œuvre des stratégies adaptées facilitant l'établissement d'un diagnostic précoce chez les personnes les plus susceptibles d'obtenir un diagnostic tardif.

Introduction

L'établissement d'un diagnostic précoce et l'amorce d'un traitement en temps opportun sont essentiels pour optimiser la santé et le bien-être généraux des personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'anxiété[1-3]. Malgré l'existence de traitements efficaces, chez une grande proportion de Canadiens atteints de ces troubles, le diagnostic est pourtant posé tardivement ou aucun diagnostic n'est établi[4-9]. Divers facteurs individuels ont une influence sur l'état de santé de ces personnes, notamment un faible niveau de connaissance en matière de santé mentale, la crainte de la stigmatisation et une préférence pour l'autogestion de sa propre santé, de même que certains facteurs liés au système de santé,

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Réadaptation et santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa (Ontario), Canada
3. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

† Décédé le 27 novembre 2016.

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Agence de la santé publique du Canada; 785, avenue Carling, IA : 6806B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

notamment un accès limité aux services de santé mentale et un manque de connaissances, de compétences ou de temps chez les professionnels de la santé[5-7].

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles de l'humeur et d'anxiété au Canada comme ailleurs dans le monde[8], un retard ou une absence de diagnostic ont des conséquences importantes sur la santé publique, car l'établissement du diagnostic est une condition habituellement préalable au traitement. Un retard dans l'amorce d'un traitement de ces troubles communs est associé à de moins bons résultats en matière de santé, notamment une dégradation de l'état de santé mentale, le développement d'autres troubles de santé mentale et un risque accru de suicide[3,11,12]. De plus, l'apparition précoce de troubles mentaux non traités est liée à de nombreuses difficultés sociales, comme l'échec scolaire, une grossesse à l'adolescence, la violence conjugale ou une incapacité à conserver son emploi ou à entretenir des relations[13-15].

Plusieurs études internationales ont tenté de quantifier le délai de diagnostic moyen et d'examiner les facteurs susceptibles d'expliquer les retards dans l'établissement d'un diagnostic et dans l'amorce d'un traitement après l'apparition des premiers symptômes de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété[16-19]. À notre connaissance, la seule étude canadienne sur le sujet a été publiée il y a presque 20 ans et reposait uniquement sur les données tirées de l'Enquête sur la santé en Ontario. Ses résultats ne sont donc pas représentatifs de la population canadienne[20].

Notre étude, fondée sur les données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA), avait deux objectifs : déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au délai écoulé avant l'établissement du diagnostic et examiner la relation entre le délai de diagnostic et l'état de santé physique et mentale, au sein d'un échantillon représentatif de la population adulte vivant en logement privé et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Méthodologie

Source des données et échantillon

L'EPMCC-THA de 2014 a été menée auprès de Canadiens âgés d'au moins 18 ans vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant répondu « oui » à la question de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle de 2013 qui leur demandait s'ils avaient reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'il persiste) six mois ou plus (n = 3 361; taux de réponse = 68,9 %)[21]. Ont été exclus de l'enquête les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans une réserve indienne ou sur des terres de la Couronne, celles vivant en établissement, les membres des Forces armées canadiennes travaillant à temps plein et les résidents de certaines régions éloignées, soit au total environ 3 % de la population cible. La méthodologie utilisée dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014 et le profil sociodémographique de l'échantillon final sont décrits ailleurs[22]. Dans cette étude, l'expression « troubles de l'humeur et/ou d'anxiété » signifie que le répondant a déclaré avoir reçu un diagnostic établi par un professionnel de la santé soit de trouble de l'humeur uniquement, soit de trouble d'anxiété uniquement, soit de troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété.

Mesures pour l'étude

Sous-groupes liés au délai de diagnostic

Nous avons calculé pour chacun des répondants le délai écoulé avant l'établissement de son diagnostic en retranchant l'âge auquel les premiers symptômes sont apparus de l'âge auquel il a reçu son diagnostic. Chez les répondants atteints de troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété, le délai de diagnostic a été calculé en soustrayant l'âge au moment de l'apparition des symptômes du trouble qui est survenu le plus tardivement de l'âge au moment du diagnostic le plus tardif, et ce, qu'il s'agisse ou non du même trouble. Nous avons ensuite classé les répondants en quatre sous-groupes mutuellement exclusifs en fonction du délai de diagnostic ainsi calculé : (1) symptômes apparus plus de cinq ans avant l'établissement du diagnostic (délai long); (2) symptômes apparus entre un et cinq ans avant l'établissement du diagnostic (délai modéré); (3) apparition des symptômes et établissement du diagnostic dans la même année (délai court); et (4) symptômes apparus après l'établissement du diagnostic. Le choix de l'intervalle de temps pour la création des sous-groupes repose sur des études antérieures qui ont révélé que l'apparition des symptômes et l'obtention d'un diagnostic au cours de la même année sont associées à de meilleurs résultats de santé chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété[1,2,12].

Après exclusion des répondants dont les symptômes étaient apparus après l'établissement du diagnostic, en raison de la petite taille de ce sous-groupe (n = 50), ainsi que de ceux n'ayant pas répondu à l'une des questions permettant de calculer le délai de diagnostic (n = 99), l'échantillon final de l'étude était de 3 212 personnes (figure 1).

Caractéristiques sociodémographiques

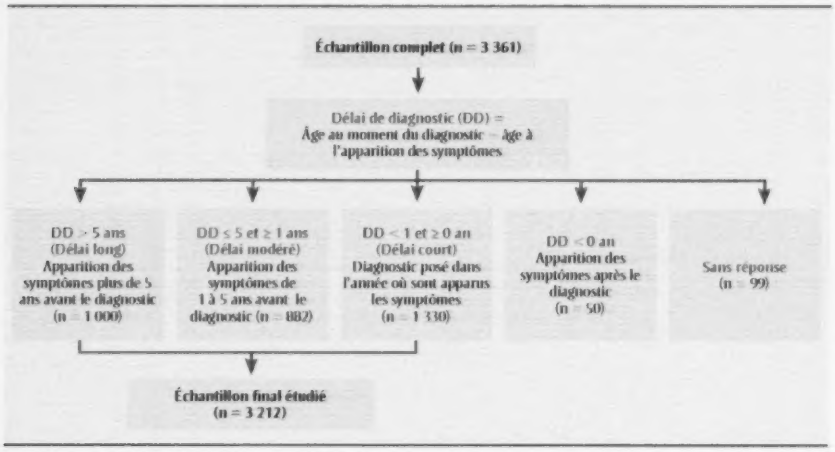
Les caractéristiques sociodémographiques analysées étaient l'âge des répondants au moment de l'enquête (groupes d'âges : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus; âge moyen), leur sexe (femme, homme), leur état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e); marié(e) ou conjoint(e) de fait), leur plus haut niveau de scolarité (études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires/aucunes études postsecondaires, études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires), le quintile de suffisance du revenu corrigé de leur ménage (déciles calculés par Statistique Canada* convertis en quintiles), le milieu de résidence (rural, urbain), la zone géographique (région de l'Atlantique, Colombie-Britannique, Ontario, région des Prairies, Québec), le statut d'immigration (immigrant, non-immigrant) et l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone).

Caractéristiques cliniques

Les caractéristiques cliniques analysées étaient l'âge à l'apparition des symptômes (groupes d'âge : 19 ans et moins, 20 à 29 ans et 30 ans et plus; âge moyen à l'apparition des symptômes), le nombre de comorbidités physiques (0, 1 à 2 et 3 ou

* Cette variable dérivée correspond à une distribution des répondants en déciles (soit dix catégories comprenant à peu près le même pourcentage de Canadiens dans chacune des provinces) en fonction du ratio du revenu total du ménage ajusté pour tenir compte du seuil de faible revenu correspondant à la taille de leur ménage et de leur collectivité. Elle fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu de son ménage par rapport au revenu des ménages de tous les autres répondants[22].

FIGURE 1
Classement des répondants en sous-groupes mutuellement exclusifs en fonction du délai de diagnostic, EPMCC-THA de 2014



Abréviations : DD, délai de diagnostic; EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; n, fréquence non pondérée.

plus) et le type de trouble (trouble de l'humeur uniquement, trouble d'anxiété uniquement, troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété). L'établissement de l'âge à l'apparition des symptômes reposait sur les réponses fournies aux questions « Quel âge aviez-vous quand vous avez ressenti pour la première fois des symptômes liés à votre trouble de l'humeur? » et « Quel âge aviez-vous quand vous avez ressenti pour la première fois des symptômes liés à votre trouble d'anxiété? ». Le choix des trois groupes d'âge caractérisant l'âge à l'apparition des symptômes reposait sur les données d'études antérieures, et ces groupes correspondent à trois étapes de la vie : enfance et adolescence (19 ans et moins), début de l'âge adulte (20 à 29 ans) et âge adulte (30 ans et plus)[19,24,25]. Nous avons déterminé le nombre de comorbidités physiques à partir des réponses portant sur les troubles diagnostiqués par un professionnel de la santé ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'ils persistent) six mois ou plus, c.-à-d. : asthme, arthrite, problèmes de dos, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladies du cœur, cancer, accident vasculaire cérébral, maladies intestinales (maladie de Crohn ou colite) et enfin maladie d'Alzheimer ou démence. Chaque affection a été comptabilisée comme une comorbidité physique. Le type de trouble a été défini en demandant aux répondants s'ils étaient atteints ou avaient déjà été atteints d'un trouble de l'humeur (comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie) et s'ils étaient atteints ou avaient déjà été atteints d'un trouble d'anxiété (comme la phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique) diagnostiqués par un professionnel de la santé.

État de santé physique et mentale

Les mesures de l'état de santé physique et mentale analysées étaient le degré d'incapacité (grave, modérée, légère, nulle), le nombre de limitations d'activités (3 ou plus, 1 à 2, 0), la santé globale perçue, la santé mentale perçue et la satisfaction à l'égard de la vie en général. Les degrés d'incapacité ont été définis à partir de l'indice de l'état de santé Health Utilities Index (HUI), qui mesure l'état de santé fonctionnelle selon huit dimensions : vision, ouïe, parole, mobilité, dextérité, émotion, cognition et douleur[26]. Les quatre catégories d'incapacité que nous avons choisies sont fondées sur ces scores globaux de santé fonctionnelle et ont été proposées par Feeny et Furlong[27], puis validées par Feng et ses collaborateurs[28] à partir de données canadiennes. La catégorisation liée au nombre de limitations d'activité repose sur le nombre de fois où un répondant a indiqué avoir déjà vécu, au cours des 12 mois précédant l'enquête, « beaucoup » de restrictions en raison de ses troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, dans le cadre de sept activités prédéfinies : « activités récréatives, activités de loisir et passe-temps », « exercice ou sport », « activités sociales avec la famille ou les amis », « tâches ménagères », « commissions ou magasinage », « voyage ou vacances » et « prendre soin de soi (comme l'habillement, le bain ou les soins d'hygiène personnelle) ». La santé globale perçue et la santé mentale perçue ont été mesurées en demandant aux répondants d'évaluer leur santé globale et mentale comme « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Quant à la satisfaction générale à l'égard de la vie, les répondants devaient indiquer sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure ils étaient satisfaits de leur vie, 0 signifiant « très insatisfait » et 10, « très satisfait ».

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que les mesures de l'état de santé correspondaient toutes à « l'état actuel » des répondants au moment de l'enquête.

Analyse statistique

Nous avons effectué des analyses croisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que l'état de santé physique et mentale en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic. Nous avons réalisé des tests du chi carré (pour les variables nominales) et des analyses de régression logistique (pour les variables numériques discrètes, c.-à-d. l'âge et l'âge à l'apparition des symptômes) pour préciser les associations entre les sous-groupes liés au délai de diagnostic et les caractéristiques et l'état de santé des répondants. Nous avons aussi mené des analyses de régression logistique multivariées et multinomiales pour examiner les associations indépendantes entre les caractéristiques des répondants et le délai de diagnostic, après ajustement de toutes les autres caractéristiques des répondants, ainsi que les associations entre les facteurs liés à l'état de santé et le délai de diagnostic, après ajustement de l'ensemble des caractéristiques des répondants.

Nous avons également réalisé plusieurs analyses supplémentaires pour évaluer (1) la distribution des répondants en fonction du sous-groupe lié au délai de diagnostic et du type de trouble, ainsi que le délai de diagnostic médian par type de trouble; (2) l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (variables numériques discrètes : âge des répondants et âge à l'apparition des symptômes) et le délai de diagnostic (variable numérique discrète), au moyen d'une

analyse de régression binominale négative; et (3) l'association entre l'état de santé physique et mentale et le délai de diagnostic (variable numérique discrète), par le biais d'une analyse de régression logistique multivariée et multinomiale. Quant au calcul du délai médian de diagnostic, nous avons exclu les répondants classés dans le sous-groupe du délai court (c.-à-d. inférieur à 1 an) de façon à pouvoir comparer les résultats avec ceux d'études antérieures[16,19,29]. Les données tirées de ces analyses supplémentaires sont disponibles auprès de l'auteur-ressource.

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, nous avons pondéré toutes les estimations avec les poids d'enquête générés par Statistique Canada[†], afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Nous avons également produit des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les poids de rééchantillonnage *bootstrap* fournis avec les données[30]. Seuls les résultats dont le coefficient de variation était inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada[21]. Les valeurs *p* inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 5.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

La majorité (61,6 %) des adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué ont déclaré avoir reçu leur diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété plus d'un an après l'apparition de leurs symptômes. Parmi eux, 30,0 % ont reçu un diagnostic entre un et cinq ans après l'apparition de leurs symptômes (délai modéré) et 31,6 % plus de cinq ans après (délai long) (tableau 1). Après exclusion des répondants ayant reçu un diagnostic dans l'année de l'apparition de leurs symptômes, le délai de diagnostic médian était de 5,0 ans chez les répondants atteints de troubles de l'humeur uniquement, de 5,4 ans chez ceux atteints de troubles d'anxiété uniquement et de 5,2 chez ceux atteints des deux troubles concomitants (données disponibles sur demande).

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic

Les relations se sont révélées significatives entre d'une part les différents sous-groupes liés au délai de diagnostic et d'autre part l'âge, l'état matrimonial, la suffisance de revenu du ménage, la zone géographique, l'âge à l'apparition des symptômes et le nombre de comorbidités physiques (tableau 1). De plus, nous avons constaté que l'âge moyen à l'apparition des symptômes diminuait avec l'augmentation du délai de diagnostic (37,5 ans pour un délai de diagnostic court, 28,1 ans pour un délai de diagnostic modéré et 20,6 ans pour un délai de diagnostic long).

Après ajustement pour tenir compte de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué pour qui le délai de diagnostic était modéré (par opposition à court) étaient plus susceptibles d'avoir vu leurs symptômes apparaître pendant l'enfance ou l'adolescence ou encore au début de l'âge adulte (rapport de cotes ajusté [RC] = 3,5 et 1,9 respectivement) et de n'être atteints que de quelques comorbidités physiques ou d'aucune (RC ajusté = 2,5 et 1,8 respectivement) (tableau 2). Quant aux personnes pour qui le délai de diagnostic était long (par opposition à court), elles étaient plus susceptibles d'appartenir aux cohortes plus âgées (RC ajusté = 7,5 pour les 65 ans et plus, 7,6 pour les 50 à 64 ans et 5,5 pour les 35 à 49 ans) et à avoir vu apparaître leurs symptômes pendant l'enfance ou l'adolescence ou au début de l'âge adulte (RC ajusté = 33,7 et 3,7 respectivement). Nous avons observé une diminution d'environ 8,0 % du délai de diagnostic pour chaque année supplémentaire de l'âge à l'apparition des symptômes, et une hausse de 5,0 % du délai de diagnostic pour chaque année supplémentaire de l'âge des répondants (données disponibles sur demande).

État de santé physique et mentale en fonction du sous-groupe lié au délai de diagnostic

Nous avons observé une relation significative entre les sous-groupes liés au délai de diagnostic et les cinq mesures de l'état de santé (degré d'incapacité, nombre de limitations d'activité, santé globale perçue, santé mentale perçue et satisfaction générale à l'égard de la vie) (tableau 3). Après ajustement en fonction des caractéristiques individuelles, les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué pour qui le délai de diagnostic était long (par opposition à court) étaient plus susceptibles de déclarer un plus grand nombre de limitations d'activités (3 ou plus) ainsi qu'une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (RC ajusté = 2,1 et 2,3, respectivement) (tableau 4). Pour chaque augmentation d'un an du délai de diagnostic, on a observé une probabilité accrue du nombre le plus élevé de limitations d'activité (par opposition à aucune) ainsi que d'une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (par opposition à « très bonne » ou « excellente »), soit respectivement 5,0 % et 4,0 % (données disponibles sur demande).

Analyse

Cette étude est à notre connaissance la première à examiner, au moyen d'un échantillon représentatif de la population, les facteurs associés au délai de diagnostic chez les adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Les résultats ont révélé que seule une minorité (38,4 %) d'entre eux ont obtenu un diagnostic dans un délai cliniquement acceptable, c.-à-d. moins d'un an après l'apparition de leurs symptômes. Ces résultats cadrent avec ceux tirés d'une étude internationale portant sur 11 pays, d'après laquelle 40 % des répondants atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété avaient sollicité un traitement dans l'année où les symptômes étaient apparus[25]. L'EPMCC-THA de 2014 excluant les personnes n'ayant pas encore reçu de diagnostic d'un professionnel de la santé, nos résultats surestiment probablement la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic en temps opportun.

[†] Statistique Canada a procédé à l'ajustement des poids d'échantillonnage en fonction des exclusions, de la sélection de l'échantillon, des taux de répondants admissibles, des non-réponses et de l'autorisation de partager et jumeler les données[21].

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (nom.)	Sous-groupes liés au délai de diagnostic						Test du chi carré valeur *p*
	Court[a] (n = 1 330; 38,4 %) % (IC à 95 %)		Modéré[b] (n = 882; 30,0 %) % (IC à 95 %)		Long[c] (n = 1 000; 31,6 %) % (IC à 95 %)		
Âge des répondants (ans)							< 0,001*
65 et plus	19,0	(16,5 à 21,4)	8,2	(6,3 à 10,2)	14,7	(11,7 à 17,6)	
50 à 64	35,8	(31,7 à 39,9)	23,8	(18,9 à 28,7)	32,4	(27,7 à 37,1)	
35 à 49	25,1	(21,3 à 28,9)	27,1	(21,8 à 32,4)	33,0	(27,5 à 38,6)	
18 à 34	20,1	(16,7 à 23,5)	40,9	(35,4 à 46,4)	19,9	(15,1 à 24,7)	
Sexe							0,902
Femme	64,5	(60,0 à 69,0)	63,9	(58,6 à 69,3)	62,7	(57,3 à 68,1)	
Homme	35,5	(31,0 à 40,0)	36,1	(30,7 à 41,4)	37,3	(31,9 à 42,7)	
État matrimonial							< 0,001*
Célibataire ou jamais marié(e)	22,3	(18,6 à 25,9)	34,7	(29,0 à 40,5)	22,9	(18,7 à 27,1)	
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	19,7	(16,5 à 22,9)	11,0	(7,8 à 14,1)	21,4	(17,1 à 25,8)	
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	58,0	(53,8 à 62,2)	54,3	(48,4 à 60,3)	55,7	(50,2 à 61,2)	
Plus haut niveau de scolarité des répondants							0,054
Études secondaires partielles	16,0	(12,8 à 19,1)	10,3	(7,8 à 12,8)	10,0	(6,5 à 13,4)[d]	
Diplôme d'études secondaires/aucunes études postsecondaires	22,5	(18,3 à 26,7)	22,1	(17,6 à 26,5)	19,2	(15,0 à 23,4)	
Études postsecondaires partielles	4,6	(2,8 à 6,4)[d]	6,7	(4,0 à 9,5)[d]	5,7	(3,3 à 8,1)[d]	
Diplôme d'études postsecondaires	57,0	(52,2 à 61,7)	60,9	(55,5 à 66,4)	65,2	(60,0 à 70,4)	
Quintile de suffisance du revenu pour le ménage							0,004*
Q1	25,1	(21,1 à 29,1)	19,8	(15,3 à 24,3)	22,7	(18,4 à 26,9)	
Q2	22,5	(18,5 à 26,5)	17,0	(12,7 à 21,3)	13,8	(10,5 à 17,2)	
Q3	21,3	(17,1 à 25,5)	25,9	(20,3 à 31,6)	19,9	(15,5 à 24,3)	
Q4	14,6	(11,8 à 17,5)	20,1	(15,2 à 25,0)	25,0	(20,1 à 29,9)	
Q5	16,5	(13,0 à 20,0)	17,2	(12,9 à 21,5)	18,7	(14,0 à 23,3)	
Milieu de résidence							0,332
Rural	17,8	(14,9 à 20,8)	19,0	(15,8 à 22,8)	15,5	(12,4 à 18,7)	
Urbain	82,2	(79,3 à 85,1)	81,0	(77,2 à 84,7)	84,5	(81,3 à 87,6)	
Zone géographique							< 0,001*
Colombie-Britannique	12,1	(9,1 à 15,2)	16,3	(12,0 à 20,5)	13,5	(10,3 à 16,7)	
Région des Prairies	16,3	(13,3 à 19,2)	18,6	(14,4 à 22,8)	17,4	(13,3 à 21,5)	
Ontario	35,4	(31,1 à 39,7)	41,5	(35,6 à 47,3)	44,3	(39,1 à 49,5)	
Québec	27,8	(24,0 à 31,6)	17,5	(13,1 à 21,8)	12,9	(9,4 à 16,4)	
Région de l'Atlantique	8,4	(6,9 à 10,0)	6,2	(4,6 à 7,7)	12,0	(9,5 à 14,5)	
Statut d'immigration							0,283
Immigrant	15,2	(10,4 à 20,0)	11,6	(6,9 à 16,2)[d]	10,5	(6,5 à 14,5)[d]	
Non-immigrant	84,8	(80,1 à 89,6)	88,4	(83,8 à 93,1)	89,5	(85,5 à 93,5)	
Identité autochtone							0,102
Autochtone	4,3	(2,7 à 6,0)[d]	6,9	(3,7 à 10,1)[d]	3,9	(2,3 à 5,5)[d]	
Non-autochtone	95,7	(94,0 à 97,3)	93,1	(89,9 à 96,3)	96,1	(94,5 à 97,7)	
Âge à l'apparition des symptômes (ans)							< 0,001*
19 ou moins	13,4	(10,3 à 16,4)	35,3	(29,4 à 41,2)	55,2	(49,7 à 60,7)	
20 à 29	20,9	(17,3 à 24,5)	29,4	(23,4 à 35,5)	21,4	(17,0 à 25,9)	
30 ou plus	65,8	(61,5 à 70,0)	35,3	(30,2 à 40,3)	23,4	(18,6 à 28,1)	

Suite page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (nom.)	Sous-groupes liés au délai de diagnostic						Test du chi carré valeur *p*
	Court[a] (n = 1 330; 38,4 %) % (IC à 95 %)		Modéré[b] (n = 882; 30,0 %) % (IC à 95 %)		Long[c] (n = 1 000; 31,6 %) % (IC à 95 %)		
Comorbidités physiques (nombre)							< 0,001*
0	34,5	(29,7 à 39,3)	50,8	(44,7 à 56,8)	39,0	(33,7 à 44,3)	
1 à 2	49,7	(45,0 à 54,3)	42,0	(36,3 à 47,8)	46,6	(40,9 à 52,2)	
3 ou plus	15,8	(12,7 à 18,9)	7,2	(5,3 à 9,2)	14,4	(11,1 à 17,8)	
Type de trouble							0,936
Troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété	29,9	(25,5 à 34,3)	31,5	(26,4 à 36,6)	32,5	(27,1 à 37,9)	
Trouble d'anxiété uniquement	23,7	(19,9 à 27,5)	24,0	(18,4 à 29,6)	24,3	(19,6 à 29,0)	
Trouble de l'humeur uniquement	46,4	(42,0 à 50,8)	44,5	(38,6 à 50,3)	43,2	(37,5 à 48,8)	
Caractéristiques sociodémographiques (num.)	**Moyenne**	**ET (valeur *p*)[e]**	**Moyenne**	**ET (valeur *p*)[e]**	**Moyenne**	**ET (valeur *p*)[e]**	
Âge des répondants (ans)	49,8	0,6 (Réf)	41,2	0,8 (< 0,001)*	48,5	0,7 (0,184)	
Âge à l'apparition des symptômes (ans)	37,5	0,7 (Réf)	28,1	0,7 (< 0,001)*	20,6	0,6 (< 0,001)*	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; ET, erreur-type; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; nom., variable nominale; num., variable numérique discrète; Q, quintile; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les taux, les IC à 95 %, les moyennes et les ET sont fondés sur des données pondérées.

[a] Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

[b] Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

[c] Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

[d] Variabilité de l'échantillonnage élevée (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

[e] Analyses de régression linéaire.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

Certaines études indiquent que les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur consultent, en général, un professionnel de la santé et obtiennent un diagnostic plus rapidement que celles atteintes d'un trouble d'anxiété. Par exemple, le délai de diagnostic médian (excluant les personnes ayant reçu un diagnostic dans l'année d'apparition des symptômes) s'établissait, pour les troubles de l'humeur et d'anxiété respectivement, à 1 et 16 ans en Belgique[19], à 1 et 21 ans en Chine[31], à 4 et 23 ans aux États-Unis[29], à 4 et 29 ans en Australie[18] et à 14 et 30 ans au Mexique[17]. Si les résultats de notre analyse supplémentaire ont révélé un délai médian de diagnostic relativement similaire chez les adultes canadiens atteints de troubles de l'humeur et ceux atteints de trouble d'anxiété (respectivement 5,0 et 5,4 ans), nous avons constaté des différences plus importantes dans les délais médian de diagnostic en fonction de types précis de troubles de l'humeur et d'anxiété, par exemple entre la dépression (4,4 ans) et le trouble d'anxiété généralisé (6,2 ans) (données disponibles sur demande). Ces résultats peuvent s'expliquer à partir de ce que nous savons sur ces troubles en matière de gravité des symptômes du patient (la gravité des symptômes est un facteur prédictif du recours aux services de santé) et en matière de besoin perçu et de tendance à aller chercher de l'aide (les troubles de l'humeur et les troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété sont des facteurs prédictifs importants du besoin perçu)[32,33].

Nos résultats en matière d'association entre diverses caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le délai de diagnostic sont, en général, corroborés par la littérature. Par exemple, nous avons constaté que l'âge à l'apparition des symptômes était associé à un diagnostic plus tardif : les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué dont les symptômes étaient apparus durant l'enfance ou l'adolescence (19 ans ou moins) et le début de l'âge adulte (20 à 29 ans) étaient plus susceptibles que ceux ayant reçu un diagnostic à un âge plus avancé (30 ans ou plus) d'être classés dans les sous-groupes de délais de diagnostic modéré et long que dans le sous-groupe de délai de diagnostic court, ce qui était également le cas dans des études antérieures[16,20,25,34,35]. Les résultats d'une analyse supplémentaire ont confirmé aussi cette association : pour chaque augmentation d'une année de l'âge à l'apparition des symptômes, on a observé une diminution de 8,0 % du délai de diagnostic après ajustement pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques des répondants (données disponibles sur demande).

Parmi les explications possibles à ce résultat, notons que les jeunes (1) dépendent de l'aide d'adultes pour consulter en santé mentale[36], (2) ont souvent une capacité limitée à faire état de leurs problèmes de santé mentale, ce qui n'induit pas de préoccupations suffisantes pour qu'on les envoie consulter un professionnel en santé

TABLEAU 2
Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Sous-groupes liés au délai de diagnostic				Analyse de l'effet de type 3 valeur *p*
	Modéré[a] (n = 882) vs court[b] (n = 1 330) RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	Long[c] (n = 1 000) vs court[b] (n = 1 330) RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	
Âge des répondants (ans)					< 0,001*
65 et plus	0,8 (0,4 à 1,5)	0,456	7,5 (3,4 à 16,4)	< 0,001*	
50 à 64	1,1 (0,6 à 1,9)	0,825	7,6 (3,8 à 15,2)	< 0,001*	
35 à 49	1,3 (0,8 à 2,2)	0,324	5,5 (2,6 à 11,5)	< 0,001*	
18 à 34	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Sexe					0,662
Femme	1,1 (0,7 à 1,5)	0,752	0,9 (0,6 à 1,3)	0,500	
Homme	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
État matrimonial					0,103
Célibataire ou jamais marié(e)	1,1 (0,7 à 1,7)	0,599	0,7 (0,4 à 1,2)	0,235	
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	0,8 (0,5 à 1,3)	0,413	1,4 (0,9 à 2,2)	0,177	
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Plus haut niveau de scolarité des répondants					0,742
Études secondaires/partielles	0,7 (0,5 à 1,1)	0,137	0,7 (0,4 à 1,3)	0,270	
Diplôme d'études secondaires/ aucunes études postsecondaires	1,0 (0,7 à 1,4)	0,818	0,8 (0,5 à 1,2)	0,349	
Études postsecondaires partielles	1,2 (0,6 à 2,5)	0,688	1,1 (0,5 à 2,5)	0,896	
Diplôme d'études postsecondaires	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Quintile de suffisance du revenu pour le ménage					0,152
Q1	1,0 (0,6 à 1,7)	0,925	0,8 (0,4 à 1,4)	0,372	
Q2	0,9 (0,5 à 1,6)	0,781	0,7 (0,4 à 1,3)	0,214	
Q3	1,3 (0,7 à 2,1)	0,390	0,9 (0,5 à 1,8)	0,843	
Q4	1,4 (0,8 à 2,4)	0,274	1,5 (0,8 à 2,7)	0,224	
Q5	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Milieu de résidence					0,089
Rural	1,1 (0,8 à 1,6)	0,438	0,7 (0,5 à 1,1)	0,089	
Urbain	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Zone géographique					0,001*
Colombie-Britannique	2,3 (1,3 à 4,1)	0,007*	1,8 (1,0 à 3,3)	0,072	
Région des Prairies	1,7 (1,0 à 2,8)	0,063	1,5 (0,9 à 2,8)	0,146	
Ontario	1,9 (1,2 à 2,9)	0,007*	2,1 (1,3 à 3,5)	0,004*	
Région de l'Atlantique	1,2 (0,7 à 1,9)	0,582	2,5 (1,5 à 4,3)	0,001*	
Québec	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Statut d'immigration					0,472
Immigrant	1,4 (0,4 à 5,5)	0,625	2,4 (0,6 à 9,7)	0,220	
Non-immigrant	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Identité autochtone					0,335
Autochtone	1,5 (0,7 à 2,9)	0,293	0,9 (0,4 à 1,8)	0,701	
Non-autochtone	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Âge à l'apparition des symptômes (ans)					< 0,001*
19 ou moins	3,5 (2,1 à 6,0)	< 0,001*	33,7 (17,6 à 64,7)	< 0,001*	
20 à 29	1,9 (1,2 à 3,0)	0,007*	3,7 (2,2 à 6,3)	< 0,001*	
30 ou plus	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		

Suite page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Sous-groupes liés au délai de diagnostic				Analyse de l'effet de type 3 valeur *p*
	Modéré[a] (n = 882) vs court[b] (n = 1 330) RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	Long[c] (n = 1 000) vs court[b] (n = 1 330) RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	
Comorbidités physiques (nombre)					0,019*
0	2,5 (1,5 à 4,3)	0,001*	1,5 (0,9 à 2,4)	0,152	
1 à 2	1,8 (1,1 à 2,9)	0,013*	1,0 (0,7 à 1,7)	0,859	
3 ou plus	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Type de trouble					0,472
Troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété	1,1 (0,8 à 1,5)	0,650	1,4 (0,9 à 2,2)	0,114	
Trouble d'anxiété uniquement	0,8 (0,5 à 1,3)	0,444	1,1 (0,7 à 1,7)	0,690	
Trouble de l'humeur uniquement	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; Q, quintile; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les RC et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

[a] Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

[b] Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

[c] Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

[d] Ajusté pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques sociodémographiques et cliniques du modèle.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

mentale[34], (3) sont portés à développer des stratégies d'adaptation, comme des changements de comportement, pour réduire les répercussions sur leur vie de leur trouble de santé mentale[16], (4) sont moins susceptibles que les adultes de consulter des médecins praticiens, surtout des médecins en soins primaires pourtant souvent à l'origine du diagnostic initial[37], et enfin (5) ont des connaissances et des compétences limitées en matière de troubles de santé mentale, notamment concernant les symptômes associés aux troubles de l'humeur ou d'anxiété.

Outre l'âge à l'apparition des symptômes, sa cohorte s'est révélée également associée à un diagnostic plus tardif. Autrement dit, les cohortes plus âgées (les 65 ans et plus, les 50 à 64 ans et les 35 à 49 ans) étaient plus susceptibles que la cohorte la plus jeune (les 18 à 34 ans) de faire partie du sous-groupe de délai de diagnostic long (par opposition à court). Les résultats d'une analyse supplémentaire ont reconfirmé cette association : pour chaque augmentation d'une année de l'âge du répondant, le délai de diagnostic augmentait de 5,0 %, après contrôle de toutes les autres caractéristiques individuelles (données disponibles sur demande). Ces résultats cadrent avec ceux de rapports antérieurs révélant qu'une cohorte plus âgée et un âge précoce d'apparition des symptômes étaient associées à un retard de plus d'un an dans les démarches en vue d'amorcer un premier traitement[16,20,25,34,35]. Globalement, ces résultats tendent à indiquer que les Canadiens au début de l'âge adulte atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété sont plus enclins à consulter un professionnel en vue de recevoir des soins que les Canadiens plus âgés, du fait d'une plus forte tendance à rechercher de l'aide observée depuis plusieurs années chez les cohortes plus jeunes. Ce comportement pourrait être partiellement attribuable aux récentes campagnes de sensibilisation à la santé mentale visant spécifiquement les jeunes, dans le but de réduire la stigmatisation et d'accroître la sensibilisation à l'égard de la maladie mentale. Il a été démontré que des mesures de ce type ont une influence positive sur la tendance à rechercher de l'aide chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale[38].

Nous avons constaté que les adultes canadiens atteints d'aucune comorbidité physique et, dans une moindre mesure, ceux atteints d'une ou deux comorbidités physiques seulement étaient plus susceptibles de faire partie du sous-groupe de délai de diagnostic modéré (par opposition à court) que les répondants atteints de 3 comorbidités physiques ou plus. Cette observation est étayée par des études antérieures montrant que les personnes sans comorbidité physique avaient moins souvent recours aux services de soins de santé et, par conséquent, étaient moins nombreuses à recevoir un diagnostic de trouble de santé mentale et un traitement adapté que les personnes souffrant déjà d'une affection physique chronique[39,40].

En ce qui concerne l'état de santé des répondants, ceux ayant reçu un diagnostic tardif étaient plus nombreux à déclarer le plus grand nombre (3 ou plus) de limitations d'activité et une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Les résultats d'une analyse supplémentaire ont corroboré ce fait : pour chaque augmentation d'une année du délai de diagnostic, on a observé une hausse de 5,0 % de la probabilité d'avoir trois limitations d'activité ou plus (comparativement à aucune limitation d'activité) et une hausse de 4,0 % de la probabilité de déclarer une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (par rapport à une santé mentale « très bonne » ou « excellente »), après ajustement pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques des répondants (données disponibles sur demande). L'absence de résultats de santé

TABLEAU 3

Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale	Sous-groupes liés au délai de diagnostic			Test du chi carré valeur *p*
	Court[a] (n = 1 330) % (IC à 95 %)	Modéré[b] (n = 882) % (IC à 95 %)	Long[c] (n = 1 000) % (IC à 95 %)	
Degré d'incapacité				0,032*
Grave	38,9 (34,4 à 43,4)	29,3 (24,0 à 34,5)	40,0 (34,6 à 45,4)	
Modérée	22,8 (18,3 à 27,3)	22,7 (17,9 à 27,4)	23,0 (18,2 à 27,8)	
Légère	27,0 (23,1 à 31,0)	36,5 (30,4 à 42,5)	25,3 (20,8 à 29,7)	
Nulle	11,3 (8,0 à 14,6)	11,6 (8,1 à 15,1)	11,7 (8,2 à 15,3)	
Limitations d'activité (nombre)				0,001*
3 ou plus	15,1 (11,8 à 18,4)	13,7 (9,9 à 17,4)	25,2 (19,7 à 30,7)	
1 à 2	17,2 (13,8 à 20,7)	20,0 (15,0 à 24,9)	18,7 (14,7 à 22,7)	
0	67,7 (63,4 à 72,0)	66,4 (60,8 à 71,9)	56,1 (50,5 à 61,7)	
Santé globale perçue				0,045*
Mauvaise ou passable	29,7 (25,4 à 34,1)	19,1 (15,1 à 23,2)	25,3 (20,6 à 30,1)	
Bonne	33,5 (28,7 à 38,3)	37,8 (32,0 à 43,7)	36,5 (31,0 à 41,9)	
Très bonne ou excellente	36,8 (32,2 à 41,3)	43,1 (36,6 à 49,6)	38,2 (32,6 à 43,9)	
Santé mentale perçue				0,021*
Mauvaise ou passable	22,5 (18,4 à 26,7)	25,0 (20,3 à 29,7)	31,3 (25,7 à 36,9)	
Bonne	43,8 (38,9 à 48,6)	40,9 (35,0 à 46,8)	43,8 (38,0 à 49,5)	
Très bonne ou excellente	33,7 (29,6 à 37,8)	34,1 (28,4 à 39,8)	25,0 (20,8 à 29,2)	
Satisfaction à l'égard de la vie en général				0,005*
Très insatisfait ou insatisfait	11,0 (8,4 à 14,1)	6,3 (3,7 à 9,0)	12,1 (8,5 à 15,7)	
Ni satisfait ni insatisfait	13,5 (10,1 à 17,0)	7,5 (4,5 à 10,5)	12,2 (8,9 à 15,6)	
Très satisfait ou satisfait	75,5 (71,4 à 79,6)	86,2 (82,3 à 90,1)	75,7 (71,0 à 80,4)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée.

Remarque : Les taux et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

[a] Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

[b] Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

[c] Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

négatifs chez les répondants pour qui le délai de diagnostic était modéré (par opposition à court) pourrait s'expliquer partiellement par un effet potentiel de seuil touchant les limitations d'activité et l'état de santé mentale : il peut s'écouler jusqu'à cinq ans (avec des taux respectifs de 5,0 % et de 4,0 % par an) avant de pouvoir en observer des répercussions significatives sur la santé.

Quant à nos résultats sur l'âge à l'apparition des symptômes en lien avec le délai de diagnostic, ils revêtent une grande importance en matière de santé publique, car près de la moitié des adultes canadiens ont vu leurs symptômes de maladie mentale apparaître durant leur enfance ou leur adolescence[41]. De plus, l'apparition précoce de problèmes de santé mentale s'est révélée étroitement associée à des expériences sociales négatives[13,15], plus fortes et plus éprouvantes que celles vécues par les répondants chez qui les symptômes sont apparus plus tard[42]. En outre, les répondants dont les troubles de santé mentale sont apparus à un jeune âge sont plus susceptibles de développer des comorbidités secondaires, qui peuvent à leur tour aggraver les symptômes du trouble mental principal et nuire à la réponse au traitement de ce dernier[43]. De ce fait, des politiques et programmes de santé publique visant les jeunes, les parents et les éducateurs sont essentiels afin de contribuer à une détection plus précoce des symptômes de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété apparus pendant l'enfance et l'adolescence et à permettre ainsi de poser un diagnostic en temps opportun. Plusieurs initiatives nationales ont ainsi été mises en œuvre, notamment l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale[44], l'initiative de Centre de médecine de famille[45] et le programme ACCESS (Adolescent/young adult Connections to Community-driven, Early, Strengths-based and Stigma-free services)[46], ainsi que diverses initiatives provinciales[47,48]. Outre ces politiques et programmes de santé publique visant les jeunes, d'autres initiatives importantes ont été lancées, notamment des programmes de prévention et d'intervention précoce misant sur la réduction des facteurs de risque associés à la

TABLEAU 4
Association entre les facteurs liés à l'état de santé physique et mentale et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale	Sous-groupes liés au délai de diagnostic				Analyse de l'effet de type 3 valeur *p*
	Modéré[a] (n = 882) par rapport à court[b] (n = 1 330)		Long[c] (n = 1 000) par rapport à court[b] (n = 1 330)		
	RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	RC[d] (IC à 95 %)	valeur *p*	
Degré d'incapacité					0,269
Grave	0,9 (0,5 à 1,6)	0,741	0,9 (0,5 à 1,7)	0,746	
Modérée	1,2 (0,7 à 2,1)	0,528	1,1 (0,5 à 2,1)	0,880	
Légère	1,2 (0,7 à 2,0)	0,501	0,7 (0,4 à 1,3)	0,246	
Nulle	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Limitations d'activité (nombre)					0,036*
3 ou plus	0,9 (0,6 à 1,5)	0,788	2,1 (1,2 à 3,5)	0,007*	
1 à 2	1,1 (0,8 à 1,7)	0,535	1,4 (0,9 à 2,3)	0,186	
0	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Santé globale perçue					0,386
Mauvaise ou passable	1,0 (0,6 à 1,7)	0,919	1,0 (0,6 à 1,7)	0,964	
Bonne	1,4 (0,9 à 2,0)	0,159	1,4 (0,9 à 2,2)	0,098	
Très bonne ou excellente	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Santé mentale perçue					0,008*
Mauvaise ou passable	1,2 (0,8 à 1,8)	0,483	2,3 (1,5 à 3,6)	0,000*	
Bonne	1,0 (0,7 à 1,4)	0,804	1,4 (1,0 à 2,2)	0,077	
Très bonne ou excellente	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Satisfaction à l'égard de la vie en général					0,156
Très insatisfait ou insatisfait	0,7 (0,4 à 1,4)	0,304	1,2 (0,6 à 2,4)	0,601	
Ni satisfait ni insatisfait	0,6 (0,3 à 1,0)	0,035*	1,1 (0,6 à 2,0)	0,739	
Très satisfait ou satisfait	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les RC et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

[a] Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

[b] Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

[c] Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

[d] Ajusté pour tenir compte de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du plus haut niveau de scolarité obtenu (répondant), de la suffisance de revenu du ménage, du milieu de résidence, de la zone géographique, du statut d'immigration, de l'identité autochtone, de l'âge à l'apparition des symptômes, du nombre de comorbidités physiques et du type de trouble.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

maladie mentale et sur la consolidation des facteurs de protection chez les personnes dont les symptômes sont encore infracliniques[49].

Certains pays ont réussi à mener des campagnes novatrices de lutte contre la stigmatisation auprès des jeunes misant sur les comportements axés sur le recours aux services de santé mentale. Par exemple, en Allemagne, un festival de films et de documentaires portant sur la maladie mentale est parvenu à réduire la stigmatisation et à améliorer les attitudes de recours aux services chez les adolescents[50]. De même, une campagne de sensibilisation dans les collectivités à l'égard de la santé mentale chez les jeunes, menée en Australie et visant à accroître les connaissances en matière de santé mentale et à inciter les jeunes à demander rapidement de l'aide, s'est révélée efficace pour accroître la sensibilisation à l'égard de la maladie mentale et pour réduire les obstacles perçus au recours à de l'aide[51]. De plus, un certain nombre de pays ayant mis en œuvre des programmes d'accès aux services en santé mentale s'adressant aux jeunes ont fait état de résultats positifs. Par exemple, un programme australien appelé Headspace visant à promouvoir et à soutenir les mesures d'intervention précoce chez les jeunes de 12 à 25 ans atteints de troubles de santé mentale a obtenu un taux de satisfaction de 93 % parmi ses usagers[52]. De même, des programmes communautaires de dépistage du Royaume-Uni ont permis, grâce au Strengths and Difficulties Questionnaire [questionnaire sur les points forts et les points faibles, SDQ], de faciliter le dépistage précoce de troubles psychiatriques chez les enfants[53].

Points forts et limites

Cette étude comporte un certain nombre de points forts, notamment un large échantillon représentatif de la population et le

fait que l'enquête ait été administrée par du personnel formé et compétent, mais il convient d'interpréter ses résultats en tenant compte d'un certain nombre de limites.

Premièrement, l'estimation du délai de diagnostic peut donner lieu à un biais de mémoire et à des erreurs de datation, car le calcul repose sur la capacité des répondants à se souvenir de l'âge auquel leurs premiers symptômes sont apparus et de l'âge auquel ils ont reçu leur diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Le type d'erreur de datation le plus courant est le télescopage, qui a lieu lorsque quelqu'un attribue à certaines expériences passées des dates plus récentes que celles auxquelles elles ont eu réellement lieu. Cet effet de télescopage est plus présent chez les adultes plus âgés[54] et peut conduire à une sous-estimation du délai de diagnostic[16]. À cet égard, la nature variable des troubles de l'humeur et d'anxiété constitue un défi particulier, car les répondants sont plus susceptibles de se rappeler de leurs expériences les plus récentes et les plus marquantes.

Deuxièmement, il n'a pas été possible de stratifier nos principales analyses par type de trouble, en raison des limites liées à la taille de l'échantillon. Si nous avions pu le faire, il aurait été plus facile de repérer et d'interpréter les différences potentielles par type de trouble dans les associations entre le délai de diagnostic et les caractéristiques individuelles ainsi que leur état de santé physique et mentale. De plus, s'il est vrai que la recherche a révélé une association allant d'acceptable à bonne entre les états de santé physique autodéclarés et les diagnostics posés par des médecins[55], il n'y a eu aucune validation de l'aptitude des questions posées dans le cadre de l'ESCC de 2013 et l'EPMCC-THA de 2014 à vérifier les diagnostics de troubles de l'humeur et d'anxiété autodéclarés ni de celles posées dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014 à recenser les sous-types de troubles de l'humeur et d'anxiété autodéclarés.

Troisièmement, même si l'ethnicité est susceptible de constituer un facteur important de traitement tardif[16], nous n'avons pas pu analyser son incidence sur le délai de diagnostic, en raison des limites associées à la taille de l'échantillon.

Quatrièmement, la prise en compte des variations interprovinciales dans l'accès aux services de santé mentale en raison des différences au niveau des politiques de soins de santé, de l'accès aux services de santé mentale ou de leur disponibilité dépassait la portée de cette étude.

Cinquièmement, dans les cas où les symptômes rapportés étaient infracliniques, le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes peut avoir mené à un délai de diagnostic tardif de manière erroné, car le fait de rapporter l'apparition de tels symptômes infracliniques aurait alors prolongé indûment le délai de diagnostic.

Conclusion

D'après nos résultats, un long délai avant l'établissement du diagnostic est associé à un état de santé physique et mentale sous-optimal chez les adultes canadiens atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Parmi les nombreux facteurs associés à ces longs délais, se révèle particulièrement important le fait que les symptômes soient apparus pendant l'enfance et l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Outre la nécessité de mieux sensibiliser le public à l'importance d'une détection précoce des symptômes, les initiatives de santé publique devraient viser les enfants et les adolescents ainsi que leur réseau de soutien afin de les amener à rechercher de l'aide en cas de besoin, ce qui faciliterait l'établissement d'un diagnostic précoce et l'amorce d'un traitement en temps opportun. D'autres recherches permettant une stratification plus poussée par type de trouble sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs liés à l'établissement d'un diagnostic précoce et aux résultats sur la santé qui en dépendent. Enfin, il serait pertinent de mener des essais longitudinaux évaluant les effets à long terme d'une approche dynamique visant à sensibiliser davantage la population à l'importance de recevoir un diagnostic en temps opportun, surtout les enfants et les adolescents.

Remerciements

L'EPMCC-THA de 2014 a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada et conçue en collaboration avec Statistique Canada. Les membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC ont consacré temps et expertise à sa création. L'ESCC de 2013 a été menée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et l'ASPC, grâce à l'appui financier du gouvernement fédéral du Canada.

Aucun soutien financier ou matériel externe n'a été obtenu pour cette étude.

L. Loukine et H. Orpana ont fourni des conseils techniques en matière d'analyse statistique.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contributions des auteurs

R. Cheung a participé à la conception de l'étude; il a mené l'analyse des données et la rédaction du manuscrit. S. O'Donnell a participé à la conception de l'étude et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont fourni leur soutien lors de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats. Ils ont mené un examen critique du manuscrit et en ont approuvé la version finale.

Références

1. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2014;152-154:45-51.

2. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2002;63(11):985-991.

3. Altamura AC, Dell'Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010;260(5):385-391.

4. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. Prim Care Companion CNS Disord. 2011; 13(2):e1-e10. doi: 10.4088/PCC .10m01013.

5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009; 374(9690):609-619.

6. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2008;23(1):25-36.

7. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. J Gen Intern Med. 1999;14(9):569-580.

8. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:36-41.

9. Kasper S. Anxiety disorders: underdiagnosed and insufficiently treated. Int J Psychiatry Clin Pract 2006;10 Suppl 1:3-9.

10. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf

11. Kisely S, Scott A, Denney J, Simon G. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes: international study. Br J Psychiatry. 2006;189:79-80.

12. Altamura AC, Santini A, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor? Neuropsychiatr Dis Treat. 2005;1(4):345-347.

13. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. Am J Psychiatry. 1995;152(7):1026-1032.

14. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. Am J Psychiatry. 1997;154(10):1405-1411.

15. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. Am J Psychiatry. 1998;155(8):1092-1096.

16. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):603-613.

17. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. Am J Public Health. 2007;97(9):1638-1643.

18. Green AC, Hunt C, Stain HJ. The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(9):1475-1487.

19. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(11):937-944.

20. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, Lin E. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. Am J Psychiatry. 1998;155(10):1415-1422.

21. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

22. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagace C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):307-321.

23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités (ESCC)–Composante annuelle : spécifications des variables dérivées 2013. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014. 117 p.

24. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):629-640.

25. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. Psychol Med. 2000;30(3):693-703.

26. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:54.

27. Feeny D, Furlong W. Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) disability categories for single- and multi-attribute utility scores. 2002. Non publié.

28. Feng Y, Bernier J, McIntosh C, Orpana H. Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3. Rapports sur la santé. 2009;20(2):45-53.

29. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry. 2007;6(3):177-185.

30. Efron B, Tibshirani R. Bootstrap methods for standard errors, confidence intervals, and other measures of statistical accuracy. Statist Sci. 1986;1(1):54-75.

31. Lee S, Fung SC, Tsang A, et al. Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. Acta Psychiatr Scand 2007;116(1):10-16.

32. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(1):77-84.

33. Nease DE, Jr, Volk RJ, Cass AR. Does the severity of mood and anxiety symptoms predict health care utilization? J Fam Pract. 1999;48(10):769-777.

34. Kessler RC, Olfson M, Berglund PA. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. Am J Psychiatry. 1998;155(1):62-69.

35. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. Health Serv Res. 2004;39(2): 393-415.

36. Costello EJ, Janiszewski S. Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. Acta Psychiatr Scand. 1990;81(6): 523-529.

37. Keene J, Li X. Age and gender differences in health service utilization. J Public Health (Oxf). 2005;27(1):74-79.

38. Bhugra D. Attitudes towards mental illness. A review of the literature. Acta Psychiatr Scand. 1989;80(1):1-12.

39. Lin E, Parikh SV. Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. J Affect Disord. 1999;53(2):153-162.

40. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N. General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. Can J Psychiatry. 2009;54(7):468-476.

41. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. 2006. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2006. En ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

42. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994;33(5):706-717.

43. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. Dans : Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York (NY) : John Wiley; 1995. p. 179-197.

44. Canadian Collaborative Mental Health Initiative, Dudgeon S, Gutkin C. Canadian Collaborative Mental Health Initiative: final report of activities and results. Mississauga (Ont.) : Canadian Mental Health Association; 2006.

45. Le Collège des médecins de famille du Canada. Une vision pour le Canada : la pratique de la médecine familiale, le Centre de médecine de famille. Mississauga (Ont) : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. En ligne à : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada_abregee.pdf

46. ACCESS-Canada Network. Project ACCESS-Canada (2014-2019): adolescent/young adult connections to community-driven early strengths-based and stigma-free services. ACCESS-Canada Network; 2014. En ligne à : http://grahamboeckhfoundation.org/wp-content/uploads/2015/09/ACCESS_Executive_Summary_Proposal_FINAL_2014-08-03.pdf

47. Alberta Mental Health Committee. Valuing mental health: report of the Alberta Health Review Committee 2015. Calgary (AB) : Alberta Mental Health Committee; 2015. En ligne à : http://www.health.alberta.ca/documents/Alberta-Mental-Health-Review-2015.pdf

48. Puyat JH, Kazanjian A, Wong H, Goldner EM. Is the road to mental health paved with good incentives? Estimating the population impact of physician incentives on mental health care using linked administrative data. Med Care. 2017;55(2):182-190.

49. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (AB) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. En ligne à : http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf

50. Conrad I, Schulze B, Corrieri S, Heider D, Schomerus G, Riedel-Heller SG. The film festival "AUSNAHME| ZUSTAND" (State of Emergency)–do feature films and documentaries on mental health reduce stigma and influence help-seeking attitudes? Psychiatry Res. 2014;220(3):1043-1050.

51. Wright A, McGorry PD, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign – The Compass Strategy. BMC Public Health. 2006;6:215.

52. Muir K, Powell A, Patulny R, Flaxman S, et al. Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation. Sydney (NSW): Social Policy Research Centre, University of New South Wales; 2008. En ligne à : https://www.sprc.unsw.edu.au/media/SPRCFile/Report20_08_headspace_EvalPlan.pdf

53. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Int Rev Psychiatry 2003 Feb-May;15(1-2): 166-172.

54. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. Epidemiol Rev 1995;17(1): 221-227.

55. Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. J Clin Epidemiol. 1996;49(12): 1407-1417.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.03f

Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice

Louise Pelletier, M.D. (1); Shamila Shanmugasegaram, Ph. D. (1); Scott B. Patten, M.D., Ph. D. (2); Alain Demers, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : L'activité physique et l'exercice constituent une stratégie d'autogestion importante pour les personnes vivant avec une maladie mentale. Cette étude visait à caractériser à la fois les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété qui faisaient de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer leur trouble et celles qui n'en faisaient pas, ainsi qu'à identifier les facteurs facilitant l'activité physique et l'exercice et ceux constituant un obstacle.

Méthodologie : L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété de 2014 a été utilisée pour cette étude. Les répondants (n = 2 678) ont été classés en fonction de la fréquence à laquelle ils faisaient de l'exercice : (1) aucun exercice, (2) exercice une à trois fois par semaine et (3) exercice quatre fois ou plus par semaine. Nous avons pondéré toutes les estimations afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Résultats : Sur l'ensemble des Canadiens affectés, 51,0 % ne faisaient aucun exercice pour aider à gérer leur trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, 23,8 % en faisaient d'une à trois fois par semaine et 25,3 % en faisaient quatre fois ou plus par semaine. On a établi un lien entre, d'une part, un âge plus avancé, des niveaux de scolarité plus bas et une suffisance de revenu du ménage plus faible et, d'autre part, une fréquence plus importante de l'inactivité. Les individus vivant avec un trouble de l'humeur (avec ou sans anxiété) et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire régulièrement de l'exercice. Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé constituaient le facteur le plus important associé à la décision de faire de l'exercice. Les obstacles mentionnés le plus souvent à de l'exercice au moins une fois par semaine étaient un problème physique (27,3 %), un manque de temps ou un horaire trop chargé (24,1 %) et un manque de volonté ou d'autodiscipline (15,8 %).

Conclusion : Malgré les bénéfices de l'activité physique et de l'exercice pour contrer les symptômes de dépression et d'anxiété, un pourcentage important de personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ne fait aucun exercice sur une base régulière, particulièrement celles atteintes de trouble de l'humeur et celles présentant des comorbidités physiques. Il est essentiel que les professionnels de la santé recommandent à leurs patients de faire une activité physique ou de l'exercice, discutent avec eux des obstacles rencontrés et les encouragent à persévérer.

Mots-clés : troubles de l'humeur, dépression, troubles anxieux, activité physique, exercice, autogestion

Points saillants

- Alors que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes des troubles de l'humeur et d'anxiété, 51 % des personnes souffrant de ces troubles ne font aucun exercice sur une base régulière (au moins une fois par semaine).
- Les Canadiens avec un trouble de l'humeur et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice sur une base régulière (au moins une fois par semaine).
- Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé constituent le facteur le plus important associé à la décision de faire de l'activité physique.
- Les professionnels de la santé jouent un rôle crucial en recommandant et encourageant l'activité physique et l'exercice, particulièrement auprès des personnes vivant avec un trouble de l'humeur et celles avec des comorbidités physiques.

Introduction

Alors que l'autogestion a été intégrée depuis plusieurs décennies à la stratégie globale de gestion de certains problèmes physiques chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'arthrite[1,2], son utilisation pour les maladies mentales est plus récente[3]. On entend par autogestion la formation, l'acquisition de compétences et les interventions que les personnes vivant avec une maladie mettent en place afin de se prendre en main pour gérer leur maladie[3,4]. Les

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de sciences de la santé communautaire et Centre Mathison pour la recherche en santé mentale et l'éducation, Institut du cerveau Hotchkiss, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada

Correspondance : Louise Pelletier, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA : 6806A, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-960-5339; téléc. : 613-941-2057; courriel : louise.pelletier@phac-aspc.gc.ca

objectifs en sont l'atténuation des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des rechutes ou des récidives[3,5].

Dans le cas des maladies mentales, l'autogestion peut compléter les thérapies cliniques classiques comme la médication et la psychothérapie ou peut servir d'intervention de première ligne de faible intensité, en particulier chez les personnes dont les symptômes vont de bénins à modérés[6]. Parmi les nombreuses interventions d'autogestion proposées dans le cas de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, les plus souvent étudiées sont la bibliothérapie ou la thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur (TAO)[7-9], les phytothérapies[10-12], les techniques de méditation ou de relaxation[13-16] et l'activité physique et l'exercice[17-22].

On pense que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété grâce à de nombreux mécanismes physiologiques et grâce également à leurs effets sur le sommeil, le sentiment de contrôle et les échanges sociaux[20,23,24]. De manière générale, un programme d'exercice de 10 semaines ou plus comportant une activité physique relativement intense pendant au moins 20 à 30 minutes à une fréquence de trois à quatre fois par semaine est efficace contre la dépression et certains troubles d'anxiété[19,24,25].

L'activité physique et l'exercice comme traitement donnent de meilleurs résultats, dans le cas de dépression bénigne ou légère, que les interventions de contrôle, et des résultats parfois comparables à ceux des thérapies classiques (médicaments ou TAO)[17-21]. Quelques études sur les effets de l'exercice comme stratégie de traitement des troubles d'anxiété en ont démontré les bienfaits[19,22], mais son impact (l'ampleur de son effet) est habituellement plus modeste que celui observé dans le cas de symptômes de dépression[26].

On manque de données décrivant les personnes qui font de l'activité physique et de l'exercice dans le but de mieux gérer leurs troubles de l'humeur et/ou d'anxiété ou au contraire celles qui n'en font pas. Notre étude est la première au Canada à traiter de l'adoption de cette stratégie à partir d'un échantillon représentatif à l'échelon national de personnes aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et vivant dans la communauté. Cette connaissance est susceptible d'aider à élaborer ou adapter des interventions favorisant l'activité physique et l'exercice au sein de cette population. Dans ce cadre, notre étude visait à :

(1) décrire, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété faisant de l'exercice (1 à 3 fois par semaine ou 4 fois et plus par semaine) par rapport à celles n'en faisant pas;

(2) déterminer s'il existe des associations entre la fréquence de l'exercice et la satisfaction à l'égard de la santé générale, de la santé mentale et de la vie;

(3) décrire pour cette population les facteurs favorisant l'exercice comme moyen de gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et ceux lui faisant obstacle.

Méthodologie

Source des données

Cette étude repose sur des données tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles anxieux et troubles de l'humeur (EPMCC-THA) de 2014, enquête transversale faisant suite à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle de 2013. L'EPMCC-THA de 2014 a été conçue par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec Statistique Canada et des experts de l'extérieur dans le but d'obtenir de l'information au sujet de l'effet et de la gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété chez les adultes canadiens. Les répondants âgés d'au moins 18 ans qui ont déclaré avoir un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété dans le cadre de l'ESCC de 2013 pouvaient participer à l'EPMCC-THA de 2014. Cette dernière a sondé des personnes vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces canadiennes. Ont été exclus du cadre d'échantillonnage les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant dans une réserve et d'autres établissements autochtones, celles en établissement et les résidents de certaines régions éloignées et des trois territoires du Canada (Nunavut, Territoires du Nord-Ouest et Yukon), soit au total moins de 3 % de la population cible. L'EPMCC-THA a été administrée par des personnes formées qui ont procédé à des entrevues téléphoniques structurées (en anglais ou en français) en deux périodes de collecte de données, de novembre à décembre 2013 et de février à mars 2014. La méthodologie de l'EPMCC-THA 2014 a été décrite dans une publication antérieure[27].

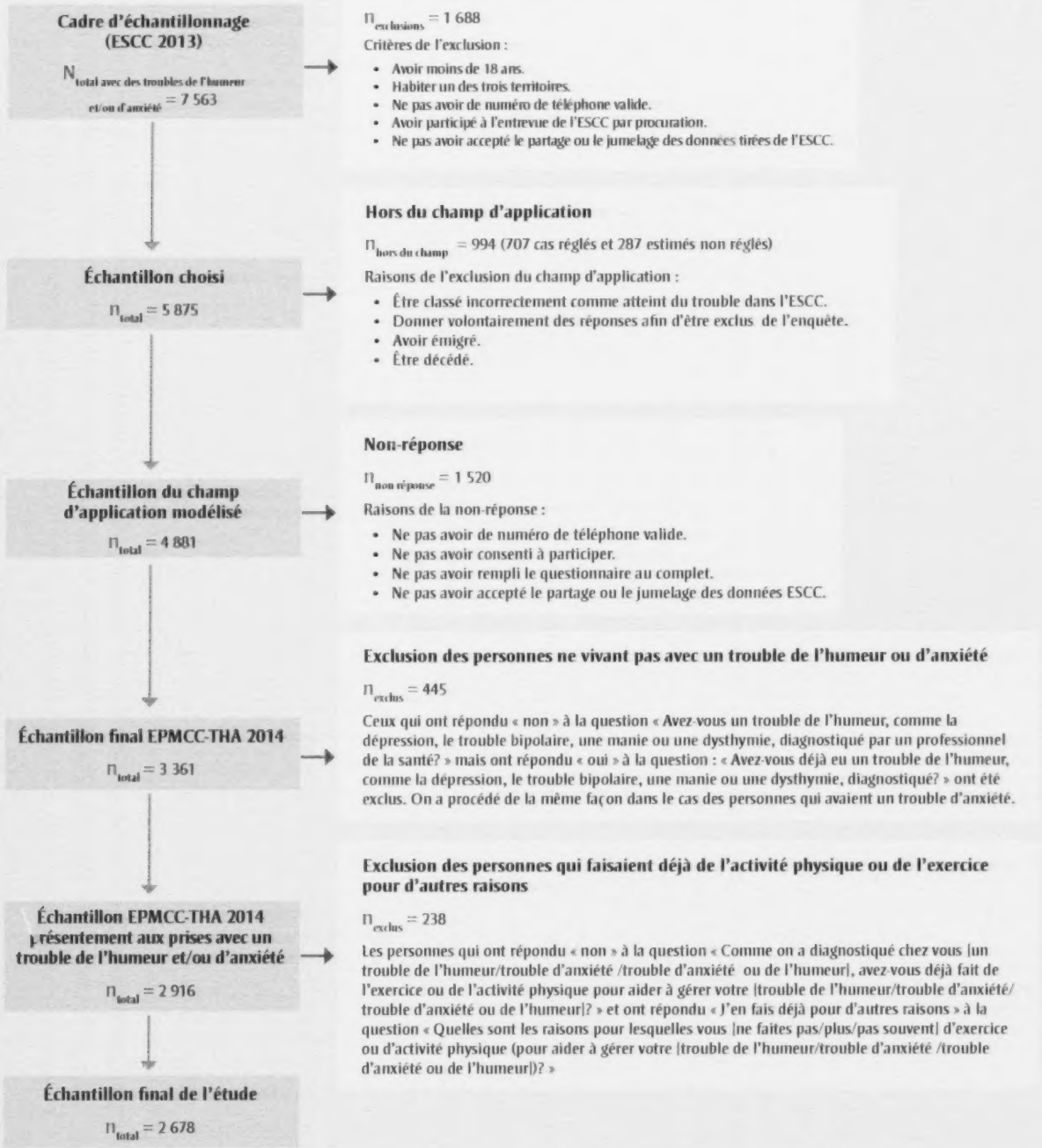
Échantillon

Parmi les répondants de l'ESCC de 2013, 5 875 avaient indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété par un professionnel de la santé et satisfaisaient aux critères d'admissibilité pour l'EPMCC-THA de 2014. Sur ce total, 3 361 ont participé à l'EPMCC-THA de 2014 et ont consenti à ce que l'on communique leurs données à l'Agence de la santé publique du Canada (taux de réponse : 68,9 %). Ont été exclus de cette étude les 445 répondants qui ont répondu « non » lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé mais « oui » à la question leur demandant s'ils avaient déjà reçu un diagnostic de ce type. En outre, les 238 répondants ayant indiqué faire déjà de l'activité physique pour d'autres raisons que la gestion de leur trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont été eux aussi exclus, car on ne disposait pas de données sur la fréquence de leur activité physique et de leur exercice. Au total, 2 678 Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont donc été inclus dans notre étude (1 134 avec un trouble de l'humeur seulement, 576 avec un trouble d'anxiété seulement et 968 avec des troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété). L'expression « troubles de l'humeur et/ou d'anxiété » renvoie aux personnes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur uniquement, de trouble d'anxiété uniquement ou de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants. La figure 1 illustre le processus de sélection des répondants de l'échantillon final de l'étude.

Mesures

Dans l'EPMCC-THA de 2014, les questions aux répondants visant à confirmer le diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété étaient : (1) « Avez-vous un trouble de l'humeur, comme la dépression, la bipolarité, une manie ou une dysthymie, qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? » et (2) « Avez-vous un trouble anxieux, comme une phobie, un trouble

FIGURE 1
Processus de sélection des répondants pour l'échantillon final de l'étude (n = 2 678), EPMCC-THA 2014



Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; ESCC – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; n, fréquence non pondérée.

obsessivo-compulsif, un trouble panique, qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? ». Ceux qui ont répondu « oui » à au moins l'une de ces questions ont été inclus dans l'étude.

Sous-groupes d'exercice

Aux personnes qui ont répondu « oui » à la question « Depuis qu'on a diagnostiqué chez vous un [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur], avez-vous déjà fait de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? », on a demandé : « En faites-vous toujours? ». S'ils ont répondu oui, on leur a demandé de préciser la fréquence de l'activité avec la question suivante : « À quelle fréquence le faites-vous? ». Les réponses possibles étaient : « quatre à six fois par semaine », « deux à trois fois par semaine », « une fois par semaine », « moins d'une fois par semaine » et « moins d'une fois par mois ». On a regroupé ces fréquences en trois sous-catégories :

(1) « aucun exercice » (catégorie regroupant les personnes qui ont répondu « non » à la question « Avez-vous déjà fait de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? » et celles qui ont déclaré faire de l'exercice moins d'une fois par semaine ou moins d'une fois par mois);

(2) « une à trois fois par semaine » (catégorie regroupant les personnes qui ont déclaré faire de l'activité physique ou de l'exercice une fois par semaine ou deux à trois fois par semaine);

(3) « quatre fois par semaine ou plus » (catégorie regroupant les personnes ayant déclaré faire de l'exercice quatre à six fois par semaine ou tous les jours).

L'expression « activité physique » désigne toute activité qui contracte des muscles et entraîne une dépense d'énergie, incluant le travail ou des activités ménagères ou récréatives, alors que « l'exercice » s'entend de mouvements du corps planifiés, structurés et répétitifs effectués pour améliorer et maintenir la condition physique[28]. En dépit de ces différences, ces expressions ont été utilisées de façon interchangeable dans les questions de l'enquête, ce pour quoi nous ferons de même dans cet article. En outre, étant donné que nous n'avions pas d'information sur la durée et l'intensité des séances d'activité physique et d'exercice, nous n'avons pu établir de lien direct entre la fréquence observée et les Directives canadiennes en matière d'activité physique en vigueur, qui recommandent au moins 150 minutes d'activité modérée à vigoureuse par semaine chez les adultes de 18 à 64 ans[29]. Si davantage d'activité physique offre davantage de bienfaits pour la santé, des volumes inférieurs au niveau recommandé peuvent tout de même offrir des bienfaits pour la santé[30]. Nous avons donc considéré pour notre étude que les personnes qui avaient intégré dans leur horaire une activité physique ou de l'exercice au moins une fois par semaine faisaient « régulièrement » de l'activité physique ou de l'exercice.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les variables sociodémographiques étaient l'âge (groupes d'âge : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), le sexe (femme, homme), le niveau de scolarité du répondant (études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires / aucunes études postsecondaires, études postsecondaires partielles et certificat/diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire), les quintiles de suffisance du revenu du ménage (déciles calculés par Statistique Canada*, convertis en quintiles), l'état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e); marié(e) ou conjoint(e) de fait), les zones géographiques (Colombie-Britannique, région des Prairies, Ontario, Québec, région de l'Atlantique), le milieu de résidence (urbain ou rural), le statut d'immigration (immigrant ou non-immigrant) et l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone).

Les caractéristiques cliniques étaient le type de trouble (trouble de l'humeur seulement, trouble d'anxiété seulement et troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants), le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic (0 à 4 ans, 5 à 19 ans, 20 ans ou plus), le nombre de comorbidités, la recommandation de faire de l'exercice et le recours à un traitement clinique.

On a déterminé le nombre de comorbidités physiques en demandant aux répondants s'ils avaient reçu un diagnostic posé par un professionnel de la santé pour l'un des problèmes suivants ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'il persiste) au moins six mois : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, arthrite, problèmes de dos, troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite, diabète, cardiopathie, cancer, accident vasculaire cérébral et maladie d'Alzheimer ou autre démence. Chaque maladie déclarée a été comptabilisée comme une comorbidité distincte et trois catégories ont été créées pour la somme (aucune, 1 ou 2 et 3 ou plus). On a demandé aux répondants s'ils avaient reçu des recommandations cliniques pour faire de l'exercice en leur demandant « Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà suggéré de faire de l'activité physique ou de l'exercice pour vous aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? », question à laquelle ils devaient répondre par « oui » ou « non ». Le recours à un traitement clinique, à savoir la prise de médicaments d'ordonnance ou le recours à des consultations psychologiques, a été établi en posant les questions suivantes : « Prenez-vous actuellement des médicaments d'ordonnance pour votre trouble [d'anxiété ou de l'humeur]? » (« oui », « non ») et « Au cours des 12 derniers mois, un psychologue vous a-t-il donné des conseils pour vous aider à gérer votre trouble [d'anxiété ou de l'humeur]? » (« oui », « non »). On a considéré que les personnes qui ont répondu « oui » à au moins l'une des questions recevaient un traitement clinique.

Obstacles à l'exercice

On a demandé aux répondants ayant indiqué qu'ils ne faisaient pas ou plus d'exercice ou d'activité physique depuis leur diagnostic de préciser pourquoi, à partir de la liste suivante d'obstacles : « manque de volonté ou d'autodiscipline », « manque de temps ou horaire trop chargé », « problème physique », « ne savait pas que c'était important ou recommandé », « trop cher ou contraintes financières », « autre » et « aucune raison ».

État de santé

On a évalué l'état perçu de santé générale et de santé mentale à partir d'autodéclarations

* Cette variable dérivée correspond à une distribution des répondants en déciles (soit dix catégories comprenant à peu près le même pourcentage de Canadiens dans chacune des provinces) en fonction du ratio du revenu total du ménage ajusté pour tenir compte du seuil de faible revenu correspondant à la taille de leur ménage et de leur collectivité. Elle fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu de son ménage par rapport au revenu des ménages de tous les autres répondants[31].

sur la santé générale et sur la santé mentale. À partir des cinq réponses possibles à l'enquête, nous avons défini trois catégories : « mauvais état de santé », incluant les répondants qui jugeaient leur état de santé « moyen » ou « médiocre », « bonne santé », qui a constitué une catégorie en soi, et « très bonne santé », incluant les personnes ayant déclaré être en « très bonne » ou « excellente » santé. On a évalué la satisfaction à l'égard de la vie en demandant aux répondants ce qu'ils pensaient de leur vie en général, sur une échelle de 0 à 10, où 0 représentait « très insatisfait(e) » et 10 « très satisfait(e) ». Pour notre étude, nous avons défini les 3 catégories suivantes pour mesurer la satisfaction à l'égard de la vie : « insatisfait(e) » (réponse de 0 à 4), « neutre » (5) ou « satisfait(e) » (6 à 10).

Analyses statistiques

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, nous avons pondéré toutes les estimations avec les poids d'enquête générés par Statistique Canada, afin que les données soient représentatives de la population générale canadienne âgée d'au moins 18 ans et vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Nous avons rajusté les facteurs de pondération pour tenir compte des exclusions, du choix d'échantillon, des taux d'unité dans le champ de l'enquête, des non-réponses et de l'autorisation de partage et de jumelage des données[32]. Nous avons également produit des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les facteurs de pondération *bootstrap* fournis avec les données[33]. Seuls les résultats avec un coefficient de variation inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada[32].

Nous avons effectué des tests du chi-carré pour explorer les associations entre d'une part les trois sous-groupes d'activité physique et d'exercice et d'autre part les caractéristiques sociodémographiques des répondants, le nombre de comorbidités, les types de trouble, le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic et le recours à un traitement clinique conventionnel et enfin l'existence ou non de recommandations cliniques de faire de l'activité physique ou de l'exercice.

Nous avons procédé à une analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale pour examiner les associations potentielles entre la fréquence de l'exercice (en fonction des catégories aucun exercice, exercice 1 à 3 fois par semaine, exercice 4 fois ou plus par semaine) et l'état de santé général et mentale perçue ainsi que la satisfaction à l'égard de la vie, après ajustement de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques jugées statistiquement significatives dans les analyses bidimensionnelles. Il convient de signaler que les données ne remplissaient pas les conditions liées aux cotes proportionnelles nécessaires à une régression ordinale. La signification statistique a été fixée à $p < 0,05$. Nous avons utilisé la version 5.1 du SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) pour analyser les données.

Résultats

Parmi les Canadiens, 51,0 % ne faisaient aucun exercice pour aider à gérer leurs troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, mais presque la moitié faisaient de l'exercice au moins une fois par semaine : 23,8 % en faisaient d'une à trois fois par semaine et 25,3 % en faisaient quatre fois ou plus par semaine. De plus, nous avons constaté d'importantes différences entre les personnes qui faisaient de l'exercice régulièrement (c.-à-d. au moins une fois par semaine) et celles qui n'en faisaient pas du tout (tableau 1). Nous avons établi un lien entre d'une part un âge plus avancé, des niveaux de scolarité plus bas et une suffisance de revenu du ménage plus faible et d'autre part une fréquence plus importante de l'inactivité. On a observé aussi des différences entre les provinces ou zones de résidence : les plus actifs étaient ceux de la Colombie-Britannique (à 67,6 %), avec à l'opposé 50 % des individus de l'Ontario et des régions de l'Atlantique et des Prairies qui ne faisaient aucun exercice régulièrement.

En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, les Canadiens vivant avec des troubles de l'humeur (avec ou sans trouble d'anxiété) et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice régulièrement. En outre, les individus dont le diagnostic était plus récent (moins de 5 ans) ou aux prises avec une maladie chronique depuis longtemps (20 ans et plus) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice. Ceux qui suivaient une thérapie clinique classique (médication ou psychothérapie) étaient légèrement plus susceptibles de faire de l'exercice une à trois fois par semaine, alors que ceux ne suivant aucun traitement clinique étaient plus susceptibles de faire de l'exercice quatre fois ou plus par semaine. Enfin, un autre facteur associé à l'activité physique et à l'exercice s'est révélé être l'existence de recommandations à cet effet par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

Après ajustement de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, nous avons comparé les personnes qui faisaient de l'exercice une à trois fois par semaine à celles qui n'en faisaient pas (tableau 2). Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (par rapport à celles qui avaient un diplôme d'études postsecondaires), celles qui se trouvaient dans les quintiles de suffisance du revenu les plus faibles (Q1 à Q3 par rapport à Q4 à Q5), celles qui avaient des troubles de l'humeur avec ou sans troubles d'anxiété (par rapport à celles qui avaient un trouble d'anxiété seulement), celles à qui aucun professionnel de la santé n'avait recommandé de faire de l'exercice (par rapport à celles qui avaient reçu des recommandations en ce sens) et celles qui n'avaient pas suivi de thérapie clinique classique (par rapport à celles qui en avaient suivi une) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice une à trois fois par semaine. Lorsque nous avons comparé les personnes qui faisaient de l'exercice quatre fois par semaine ou plus à celles qui n'en faisaient pas, la province ou la région de résidence des individus (p. ex., celles de toutes les autres régions par rapport à celles de Colombie-Britannique), le type de trouble et l'existence de recommandations d'un professionnel de la santé sont demeurés significatifs. Le facteur le plus important associé à l'activité physique et l'exercice (à n'importe quel niveau) s'est révélé être là aussi l'existence de recommandations à cet effet par un professionnel de la santé. Les personnes n'ayant pas reçu de recommandations les incitant à faire de l'exercice étaient de trois à cinq fois moins (selon la fréquence de l'exercice) susceptibles de faire de l'exercice pour s'autogérer que celles à qui on avait conseillé de le faire. De ce fait, l'association est plus solide entre le fait d'avoir reçu ou non des recommandations et l'activité physique ou l'exercice, compte tenu de l'estimation ponctuelle du RC, qu'elle ne l'est avec le niveau de

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, selon la fréquence de l'exercice (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable	Catégorie	Aucun exercice		Exercice 1 à 3 fois par semaine		Exercice 4 fois ou plus par semaine		Test du chi carré
		%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	valeur *p*
Sexe	Homme	46,4	(40,2 à 52,6)	25,8	(19,6 à 32,0)	27,8	(22,2 à 33,4)	0,44
	Femme	48,6	(44,7 à 52,5)	27,7	(23,9 à 31,5)	23,6	(20,6 à 26,7)	
Âge (ans)	18 à 34	45,0	(38,3 à 51,6)	28,4	(21,5 à 35,3)	26,6	(20,1 à 33,2)	0,055
	35 à 49	47,2	(40,1 à 54,3)	32,8	(25,4 à 40,1)	20,0	(14,8 à 25,2)	
	50 à 64	49,2	(43,8 à 54,6)	22,5	(17,9 à 27,2)	28,3	(23,8 à 32,8)	
	65 et plus	52,5	(46,7 à 58,3)	21,7	(16,8 à 26,7)	25,8	(20,1 à 31,5)	
État matrimonial	Célibataire ou jamais marié(e)	50,3	(43,9 à 56,7)	24,0	(18,6 à 29,5)	25,7	(19,8 à 31,5)	0,074
	Veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)	51,5	(44,5 à 58,5)	20,2	(15,2 à 25,2)	28,3	(22,0 à 34,7)	
	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	45,7	(40,8 à 50,5)	30,6	(25,6 à 35,6)	23,7	(19,9 à 27,6)	
Niveau de scolarité du répondant	Études secondaires partielles	63,4	(55,6 à 71,1)	16,9[a]	(11,4 à 22,4)	19,7[a]	(13,4 à 26,1)	0,001*
	Diplôme d'études secondaires	52,2	(45,7 à 58,6)	23,5	(17,7 à 29,3)	24,3	(18,5 à 30,1)	
	Études postsecondaires partielles	46,8[a]	(33,2 à 60,5)	32,3[a]	(18,2 à 46,4)	20,9[a]	(10,7 à 31,0)	
	Certificat/diplôme d'études postsecondaires	42,8	(38,3 à 47,4)	30,2	(25,4 à 34,9)	27,0	(23,1 à 30,9)	
Quintiles de suffisance du revenu du ménage	Q1 à Q2 (plus faible)	56,5	(51,6 à 61,4)	19,1	(15,2 à 23,1)	24,4	(20,1 à 28,6)	< 0,001*
	Q3 (intermédiaire)	49,5	(41,7 à 57,3)	23,6[a]	(16,7 à 30,4)	26,9	(19,9 à 33,9)	
	Q4 à Q5 (plus élevé)	36,9	(31,6 à 42,1)	38,3	(32,1 à 44,6)	24,8	(20,5 à 29,2)	
Immigrant	Oui	47,8	(36,1 à 59,6)	24,5[a]	(14,6 à 34,4)	27,7[a]	(17,0 à 38,4)	0,80
	Non	47,9	(44,2 à 51,5)	27,4	(23,8 à 31,1)	24,7	(21,9 à 27,5)	
Autochtone	Oui	54,8	(43,6 à 65,9)	19,9	(10,7 à 29,2)	25,3[a]	(16,1 à 34,6)	0,32
	Non	47,6	(43,9 à 51,2)	27,6	(23,9 à 31,2)	24,9	(21,9 à 27,9)	
Milieu de résidence	Rural	49,7	(44,1 à 55,2)	24,0	(18,5 à 29,5)	26,4	(21,3 à 31,4)	0,52
	Urbain	47,5	(43,6 à 51,4)	27,7	(23,8 à 31,6)	24,8	(21,6 à 28,1)	
Zone géographique	Colombie-Britannique	32,4	(24,2 à 40,7)	26,3	(18,0 à 34,6)	41,2	(30,4 à 52,1)	< 0,001*
	Région des Prairies	51,5	(43,6 à 59,4)	26,4[a]	(18,9 à 34,0)	22,0	(16,4 à 27,6)	
	Ontario	50,6	(44,4 à 56,7)	25,0	(19,3 à 30,6)	24,5	(19,9 à 29,0)	
	Québec	48,2	(40,3 à 56,0)	35,3	(27,1 à 43,5)	16,5	(11,7 à 21,4)	
	Région de l'Atlantique	50,8	(43,4 à 58,2)	22,5[a]	(15,8 à 29,2)	26,7	(19,7 à 33,8)	
Comorbidités physiques (nombre)	0	43,3	(37,5 à 49,1)	33,0	(26,6 à 39,3)	23,7	(19,2 à 28,3)	0,004*
	1 à 2	49,8	(45,1 à 54,6)	22,3	(18,5 à 26,0)	27,9	(23,6 à 32,3)	
	3 ou plus	54,8	(47,4 à 62,3)	25,1[a]	(18,1 à 32,2)	20,0[a]	(14,4 à 25,6)	
Types de trouble	Trouble de l'humeur seulement	51,8	(47,0 à 56,6)	22,2	(17,9 à 26,6)	25,9	(21,6 à 30,3)	0,005*
	Trouble d'anxiété seulement	37,6	(31,0 à 44,3)	35,5	(27,3 à 43,6)	26,9	(21,0 à 32,8)	
	Troubles concomitants	49,9	(44,1 à 55,6)	27,2	(21,7 à 32,7)	22,9	(18,4 à 27,5)	
Temps écoulé depuis le diagnostic (ans)	0 à 4	51,7	(44,8 à 58,6)	27,1	(20,8 à 33,4)	21,2	(16,3 à 26,1)	0,008*
	5 à 19	42,2	(37,2 à 47,1)	30,6	(25,1 à 36,1)	27,3	(22,8 à 31,8)	
	20 et plus	54,4	(48,4 à 60,5)	19,9	(15,5 à 24,3)	25,6	(20,4 à 30,8)	
Traitement clinique	Oui	47,5	(43,6 à 51,3)	29,3	(25,5 à 33,1)	23,2	(20,3 à 26,1)	0,001*
	Non	49,7	(41,7 à 57,6)	16,6[a]	(11,2 à 21,9)	33,8	(25,6 à 42,0)	
Recommandations d'AP ou d'exercice par PS	Oui	37,5	(33,6 à 41,5)	33,4	(29,0 à 37,8)	29,1	(25,5 à 32,7)	< 0,001*
	Non	70,2	(64,9 à 75,4)	13,4[a]	(8,8 à 18,0)	16,4	(12,4 à 20,4)	

Abréviations : AP, activité physique; EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; PS, professionnel de la santé; Q, quintile; RC, rapport de cotes.

Remarque : Pourcentages et IC à 95 % basés sur des données pondérées.

[a] Forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %).

* Statistiquement significatif au niveau $p < 0,05$.

TABLEAU 2

Rapport de cotes corrigé pour exercice « 1 à 3 fois par semaine » ou « 4 fois ou plus par semaine » comparativement à « aucun exercice » selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable (référence)	Catégorie	Exercice 1 à 3 fois par semaine par rapport à aucun exercice			Exercice 4 fois et plus par semaine par rapport à aucun exercice		
		RC	IC à 95 %	valeur *p*	RC	IC à 95 %	valeur *p*
Sexe (femme)	Homme	0,83	(0,54 à 1,25)	0,37	1,13	(0,77 à 1,67)	0,53
Âge (18 à 34 ans)	35 à 49 ans	0,89	(0,51 à 1,55)	0,68	0,68	(0,40 à 1,14)	0,14
	50 à 64 ans	0,69	(0,39 à 1,22)	0,20	1,05	(0,61 à 1,80)	0,86
	65 ans et plus	1,10	(0,57 à 2,12)	0,79	1,23	(0,67 à 2,28)	0,51
État matrimonial	Célibataire ou jamais marié(e)	0,91	(0,55 à 1,50)	0,71	1,16	(0,75 à 1,80)	0,50
(marié(e) ou conjoint(e) de fait)	Veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)	0,95	(0,58 à 1,55)	0,84	1,43	(0,87 à 2,35)	0,16
Niveau de scolarité du répondant	Études secondaires partielles	0,55	(0,32 à 0,94)	0,028*	0,66	(0,40 à 1,11)	0,12
(certificat/diplôme d'études postsecondaires)	Diplôme d'études secondaires	0,84	(0,53 à 1,34)	0,46	0,74	(0,49 à 1,12)	0,16
	Études postsecondaires partielles	1,00	(0,45 à 2,23)	0,99	0,54	(0,24 à 1,23)	0,14
Quintiles de suffisance du revenu (Q4 à Q5; plus élevé)	Q1 à Q2 (plus faible)	0,39	(0,25 à 0,60)	< 0,001*	0,63	(0,42 à 0,96)	0,033*
	Q3 (intermédiaire)	0,47	(0,28 à 0,78)	0,003*	0,78	(0,48 à 1,26)	0,31
Immigrant (non)	Oui	0,51	(0,13 à 2,03)	0,34	1,56	(0,44 à 5,49)	0,49
Autochtone (non)	Oui	0,69	(0,30 à 1,60)	0,39	0,94	(0,50 à 1,77)	0,84
Milieu de résidence (urbain)	Rural	0,95	(0,61 à 1,49)	0,83	1,08	(0,73 à 1,58)	0,71
Zone géographique (Colombie-Britannique)	Région des Prairies	0,63	(0,31 à 1,30)	0,21	0,36	(0,20 à 0,68)	0,001*
	Ontario	0,69	(0,37 à 1,28)	0,24	0,44	(0,25 à 0,80)	0,007*
	Québec	0,84	(0,43 à 1,65)	0,61	0,32	(0,17 à 0,62)	< 0,001*
	Région de l'Atlantique	0,53	(0,27 à 1,04)	0,065	0,49	(0,25 à 0,95)	0,035*
Comorbidités physiques (0)	1 à 2	0,77	(0,50 à 1,18)	0,22	0,87	(0,60 à 1,26)	0,47
	3 ou plus	0,92	(0,53 à 1,62)	0,78	0,70	(0,40 à 1,21)	0,20
Type de trouble	Troubles concomitants	0,51	(0,31 à 0,83)	0,007*	0,43	(0,27 à 0,70)	< 0,001*
(trouble d'anxiété)	Trouble de l'humeur seulement	0,53	(0,33 à 0,87)	0,011*	0,69	(0,45 à 1,05)	0,080
Temps écoulé depuis le diagnostic	0 à 4 ans	0,77	(0,47 à 1,25)	0,29	0,74	(0,47 à 1,14)	0,17
(5 à 19 ans)	20 ans ou plus	0,68	(0,44 à 1,07)	0,10	0,80	(0,52 à 1,22)	0,30
Traitement clinique (oui)	Non	0,68	(0,40 à 1,16)	0,16	1,63	(1,02 à 2,61)	0,043*
Recommandation d'AP ou d'exercice par un PS (oui)	Non	0,21	(0,15 à 0,31)	< 0,001*	0,31	(0,22 à 0,45)	< 0,001*

Abréviations : AP, activité physique; EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; PS, professionnel de la santé; Q, quintile; RC, rapport de cotes.

Remarque : Les RC et IC à 95 % sont basés sur des données pondérées. RC ajustés en fonction de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

scolarité, l'âge, la région de résidence et le type de trouble.

Le tableau 3 présente les associations entre le bien-être perçu et la fréquence de l'activité physique ou de l'exercice. En général, les personnes ne faisant aucun exercice étaient plus susceptibles de juger « moyen ou médiocre » leur état de santé générale et de santé mentale et d'être insatisfaites de la vie. Le lien entre la santé mentale autodéclarée et la fréquence de l'activité physique et de l'exercice n'était toutefois pas statistiquement significatif. Même après ajustement des caractéristiques sociodémographiques et cliniques qui auraient pu avoir un impact sur le bien-être général, l'association inverse entre l'exercice pratiqué entre une et trois fois par semaine (par rapport à aucun exercice) et l'état de santé général « moyen ou médiocre » ou « bon » par rapport à « très bon ou excellent » et l'insatisfaction (par rapport à la satisfaction) face à la vie est demeuré (tableau 4). De même, après rajustement, les personnes faisant de l'exercice quatre fois ou plus par semaine étaient moins susceptibles que les personnes qui ne faisaient aucun exercice de déclarer que leur état de santé générale était « moyen ou médiocre » ou « bon » (par rapport à « excellent »), que l'état de leur santé mentale était « moyen ou

TABLEAU 3
Aperçu de l'état de santé et de la satisfaction à l'égard de la vie chez les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, selon la fréquence de l'activité physique (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable	Catégorie	Aucun exercice		Exercice 1 à 3 fois par semaine		Exercice 4 fois et plus par semaine		Test du chi carré
		%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	valeur *p*
État de santé générale perçue	Excellent ou très bon	35,6	(29,8 à 41,5)	35,6	(28,7 à 42,5)	28,8	(23,6 à 34,0)	< 0,001*
	Bon	50,0	(44,5 à 55,5)	25,1	(20,7 à 29,5)	24,9	(20,1 à 29,7)	
	Moyen ou médiocre	61,7	(55,5 à 67,9)	17,9	(13,2 à 22,6)	20,4	(15,3 à 25,5)	
État de santé mentale perçue	Excellent ou très bon	43,7	(37,9 à 49,6)	26,2	(20,1 à 32,3)	30,1	(24,7 à 35,4)	0,053
	Bon	45,7	(40,4 à 51,1)	30,5	(24,9 à 36,1)	23,8	(19,4 à 28,1)	
	Moyen ou médiocre	54,6	(48,2 à 60,9)	23,2	(17,4 à 28,9)	22,3	(17,0 à 27,6)	
Satisfaction à l'égard de la vie	Satisfait(e)	43,3	(39,4 à 47,2)	30,9	(26,8 à 35,0)	25,8	(22,6 à 29,0)	< 0,001*
	Neutre	55,6	(45,9 à 65,3)	17,2[a]	(10,6 à 23,7)	27,2[a]	(18,4 à 36,1)	
	Insatisfait(e)	71,2	(62,4 à 79,9)	11,0[a]	(6,3 à 15,7)	17,8[a]	(10,1 à 25,5)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance.

Remarque : Les pourcentages et les IC à 95 % sont basés sur des données pondérées.

[a] Forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %).

* Statistiquement significatif au niveau $p < 0,05$.

médiocre » (par rapport à « excellent ») et de se dire insatisfaites de la vie (par rapport à satisfaites).

Chez les personnes aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, les obstacles le plus souvent cités à faire de l'exercice au moins une fois par semaine étaient les suivants : « problème physique » (27,3 %), « manque de temps ou horaire trop chargé » (24,1 %) et « manque de volonté ou d'autodiscipline » (15,8 %). D'autres raisons non précisées ont été mentionnées par 25,0 % des individus. Le coût a rarement été mentionné comme obstacle (2,1 %).

Analyse

Alors qu'une activité physique ou de l'exercice pratiqués régulièrement améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété[16], dans le cadre de notre étude, environ 50 % des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué ces troubles ne faisaient pas d'exercice régulièrement (au moins une fois par semaine), ce qui constitue une occasion d'améliorer les soins et la gestion de ces personnes. On considère habituellement, dans la plupart des lignes directrices[34-36], que l'activité physique et l'exercice constituent une thérapie d'appoint au traitement clinique classique (médication ou psychothérapie), mais ils peuvent aussi servir d'intervention de première ligne et à faible intensité pour des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété bénins à modérés, en association avec d'autres stratégies d'autogestion[6,37,38].

TABLEAU 4
Rapport de cotes corrigé pour tenir compte de l'exercice « 1 à 3 fois par semaine » ou « 4 fois ou plus par semaine » comparativement à « pas d'exercice », selon l'état de santé et la satisfaction à l'égard de la vie perçus des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable (référence)	Catégorie	Exercice 1 à 3 fois par semaine par rapport à aucun exercice			Exercice 4 fois et plus par semaine par rapport à aucun exercice		
		RC	IC à 95 %	valeur *p*	RC	IC à 95 %	valeur *p*
État de santé générale perçue	Moyen ou médiocre	0,33	(0,19 à 0,56)	< 0,001*	0,40	(0,25 à 0,64)	< 0,001*
(excellent/très bon)	Bon	0,50	(0,32 à 0,77)	0,002*	0,59	(0,40 à 0,88)	0,010*
Santé mentale perçue	Moyenne ou médiocre	0,69	(0,41 à 1,15)	0,15	0,57	(0,37 à 0,90)	0,015*
(excellente ou très bonne)	Bonne	0,96	(0,62 à 1,49)	0,85	0,71	(0,49 à 1,04)	0,078
Satisfaction à l'égard de la vie	Insatisfait(e)	0,29	(0,16 à 0,50)	< 0,001*	0,46	(0,25 à 0,83)	0,011*
(satisfait(e))	Neutre	0,53	(0,31 à 0,93)	0,027*	0,87	(0,54 à 1,41)	0,58

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

Remarques : Les RC et IC à 95 % sont basés sur des données pondérées. RC ajustés en fonction des éléments suivants : sexe, âge, situation familiale, scolarité, suffisance de revenu du ménage, zone géographique, comorbidité, type de diagnostic, gestion clinique et recommandations d'un professionnel de la santé.

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

Les résultats de cette étude montrent que les Canadiens affectés moins susceptibles de faire de l'activité physique et de l'exercice (par rapport à ceux en faisant) étaient plus âgés, moins scolarisés, appartenaient aux quintiles de suffisance du revenu les plus faibles et habitaient l'Ontario et les provinces de l'Atlantique. Ces résultats sont comparables à ceux de la population canadienne inactive en général[38].

Comme d'autres études l'ont montré[39,40], les personnes avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice (même si cette constatation s'est estompée après ajustement en fonction de l'âge et d'autres variables socioéconomiques). De même, les problèmes physiques (ainsi que le manque de temps) constituaient l'un des obstacles le plus souvent mentionnés. La présence d'une comorbidité physique est susceptible de compliquer les obstacles perçus à l'activité physique et à l'exercice, mais quelques études récentes ont vivement recommandé de prescrire de l'activité physique et de l'exercice pour le traitement et la gestion d'un grand nombre de problèmes chroniques physiques, à condition que le type et l'intensité choisis tiennent compte de l'état de la personne[40,41].

Même si le manque de volonté ou d'autodiscipline n'a été mentionné comme obstacle que par 15 % seulement des répondants ne faisant aucune activité physique ou aucun exercice, il a été démontré que les personnes aux prises avec une dépression manquent de motivation et d'énergie dans un certain nombre d'activités, en particulier celles qui exigent effort et régularité[42,43]. Notre étude va dans le même sens, en montrant que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur (avec ou sans trouble d'anxiété concomitant) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice que celles avec un trouble d'anxiété seulement. Certaines approches et nouvelles thérapies comme l'entrevue de motivation[44] et l'activation comportementale[45] peuvent aider les personnes qui manquent de motivation et d'énergie à adopter de nouvelles habitudes de vie et à les conserver. L'activation comportementale vise notamment à accroître le renforcement positif externe en encourageant les personnes à faire davantage d'activités agréables et enrichissantes[45,46].

Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé à faire de l'activité physique et de l'exercice ont constitué le facteur le plus important associé à la pratique d'une activité au moins une fois par semaine. Même si le manque de connaissances et de temps ont été mentionnés comme principaux obstacles à la prescription d'activité physique ou d'exercice par les professionnels de la santé[47-50], des recherches ont montré que les médecins de famille réussissent efficacement à augmenter l'activité physique et l'exercice chez leurs patients en soins primaires[45,51]. À la lumière de ces résultats, il est essentiel que les professionnels de la santé recommandent à leurs patients aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété de faire de l'activité physique et de l'exercice et les encouragent à persévérer.

Une récente critique systématique d'études portant sur l'activité physique et l'exercice et la dépression propose les lignes directrices suivantes à l'intention des professionnels de la santé : (1) les activités aérobiques comme anaérobiques étant efficaces, le choix devrait dépendre des préférences du patient et (2) en matière de durée et de fréquence, les séances devraient durer au moins 30 minutes trois fois par semaine[52]. La participation à des activités de groupe ainsi qu'un suivi et un contrôle réguliers semblent augmenter les chances de résultats fructueux en maintenant la motivation et la persévérance[47,52]. Des stratégies simples et faciles à mettre en œuvre comme la prescription d'activité physique ou d'exercice et l'utilisation de podomètres et de carnets d'entraînement ont aussi démontré leur utilité[47,53,54]. Le plus important est surtout de viser à encourager le patient à être actif (sans égard au type, à la durée et à la fréquence de l'activité) et de s'assurer que l'activité physique ou l'exercice choisis sont jugés agréables[24,51,52]. Enfin, les interventions visant à accroître l'autogestion par l'exercice devront tenir compte des obstacles posés par les comorbidités chroniques et créer de nouvelles stratégies sera nécessaire pour composer avec l'enjeu des contraintes de temps.

Enfin, notre étude a révélé l'existence d'une association entre l'activité physique et l'exercice et le bien-être perçu. Les personnes ne faisant pas d'exercice étaient plus susceptibles que celles qui faisaient de l'exercice au moins une fois par semaine de déclarer un état de santé globale « passable ou médiocre » et une insatisfaction à l'égard de la vie, même après ajustement des caractéristiques sociodémographiques et cliniques susceptibles d'avoir un effet sur le bien-être perçu. Comme l'EPMCC-THA de 2014 est une enquête transversale, nous n'avons pas pu déterminer la direction de cette association et nous n'avons pas pu établir si les répondants se disaient en meilleure santé et plus satisfaits de la vie parce qu'ils faisaient de l'exercice ou, au contraire, s'ils faisaient de l'exercice parce qu'ils se sentaient mieux. Il est intéressant aussi de signaler qu'il n'y avait pas de différences importantes en matière de bien-être entre les personnes qui déclaraient faire de l'exercice une à trois fois par semaine et celles ayant déclaré en faire quatre fois ou plus, ce qui peut être dû au fait que les effets psychologiques (comme l'estime de soi ou l'autoefficacité) et sociaux de l'activité physique et de l'exercice sont aussi importants que ses effets physiologiques[52].

Forces et limites

L'EPMCC-THA de 2014 est la seule enquête nationale à avoir fourni de l'information détaillée sur l'expérience d'un vaste échantillon de Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué, ce qui nous a permis d'étudier le lien entre l'activité physique et l'exercice comme stratégie d'autogestion et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des individus, leur bien-être perçu et les obstacles signalés.

Cette étude comporte quelques limites que nous voudrions mentionner. Tout d'abord, l'EPMCC-THA de 2014 a produit un taux de réponse plus faible (68,9 %) que les cycles précédents (75 % à 83 %)[55,56]. On a observé ce phénomène dans le cadre d'autres enquêtes sur la santé, tant au Canada qu'à l'étranger[57]. Ce faible taux de réponse peut introduire un biais attribuable aux non-réponses, mais il convient de signaler que Statistique Canada a effectué des rajustements pour tenir compte de ceux qui ont été exclus ou qui n'ont pas répondu à l'enquête[32]. Deuxièmement, l'absence de questions sur le type, la durée et l'intensité de l'activité physique et de l'exercice et sur la gravité de la maladie ont limité le sujet de notre étude. Troisièmement, le fait que nous ayons exclu les personnes qui faisaient déjà de l'exercice pour d'autres raisons que l'autogestion peut avoir eu un effet sur certains résultats, même si ces personnes représentaient moins de 10 % de l'échantillon (8,4 %). D'un autre côté,

comme notre étude visait avant tout une stratégie d'autogestion et des façons d'améliorer la participation dans ce contexte, les personnes exclues n'auraient pas été représentatives de cette population spécifique. Quatrièmement, comme l'EPMCC-THA de 2014 est une enquête transversale, on ne peut tirer de relation de causalité entre le bien-être perçu et l'activité physique et l'exercice.

Conclusion

Même s'il a été démontré que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété et comptent de nombreux autres bienfaits pour la santé, comme l'amélioration du bien-être global et la prévention ou l'atténuation d'autres maladies chroniques, cette stratégie n'était pas utilisée par plus de 50 % des personnes de notre échantillon aux prises avec ces troubles. Les personnes les plus susceptibles de ne faire aucun exercice avaient en commun un grand nombre des caractéristiques sociodémographiques observées dans la population inactive en général. Il semble particulièrement difficile pour les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et celles avec des comorbidités physiques de faire de l'activité physique et l'exercice, alors même que l'exercice pourrait se révéler particulièrement bénéfique dans leur cas.

Le facteur le plus important associé à l'exercice était l'existence de recommandations à cet effet par un médecin ou un autre professionnel de la santé. Les professionnels de la santé ont donc un rôle crucial à jouer en recommandant l'activité physique et l'exercice et en encourageant la persévérance de leurs patients, en particulier ceux aux prises avec un trouble de l'humeur et des comorbidités physiques.

Remerciements

Les auteurs remercient Siobhan O'Donnell pour son examen minutieux. Scott B. Patten est chercheur principal en santé à Alberta Innovates, Health Solutions. Aucune aide financière ou matérielle de l'extérieur n'a été accordée pour cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Louise Pelletier (LP), Alain Demers (AD) et Shamila Shanmugasegaram (SS) ont conçu l'étude, AD a analysé les données et LP et SS ont rédigé le document. Les quatre auteurs ont contribué à l'interprétation des données et formulé des commentaires dans la version préliminaire.

Références

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns. 2002;48(2):177-187.
2. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. Lancet. 2004;364(9444):1523-1537.
3. Yeung A, Feldman G, Fava M. Self-management of depression: a manual for mental health and primary care professionals. Cambridge (R.-U.) : Cambridge University Press; 2009. 206 p.
4. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-2475.
5. Conseil canadien de la santé. Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : Point de mire sur les soins de santé primaires. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2012.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Common mental health disorders: identification and pathways to care. Londres (R.-U.) : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011 [Clinical Guideline CG123]. 55 p.
7. Spek V, Cuijpers P, Nyklícek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med. 2007;37(3):319-328.
8. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. Psychol Med. 2007;37(9):1217-1228.
9. Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. Br J Psychiatry. 2012;200(1):15-21.
10. Pittler MH, Ernst E. Kava extract versus placebo for treating anxiety. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003383.
11. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD000448.
12. Sarris J, Kavanagh DJ. Kava and St. John's Wort: current evidence for use in mood and anxiety disorders. J Altern Complement Med. 2009;15(8):827-836.
13. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. PLOS ONE [Internet]. 2014;9(4):e96110. En ligne à : http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096110
14. Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD007142.
15. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, et al. Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Depress Anxiety. 2012;29(7):545-562.
16. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2014;174(3):357-368.
17. Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. J Sport Exerc Psychol. 2008;30(4):392-410.
18. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(3):CD004366.

19. Saeed SA, Antonacci DJ, Bloch RM. Exercise, yoga, and meditation for depressive and anxiety disorders. Am Fam Physician. 2010;81(8):981-986.

20. Wolff E, Gaudlitz K, von Lindenberger BL, Plag J, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011;261 Supp. 2:S186-S191.

21. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(9):CD004366.

22. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):15-28.

23. Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. J Affect Disord. 2013;148(1):12-27.

24. Asmundson GJ, Fetzner MG, Deboer LB, Powers MB, Otto MW, Smits JA. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. Depress Anxiety. 2013;30(4):362-373.

25. Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. Arch Intern Med. 2010;170(4):321-331.

26. Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2014;13(6):1002-1014.

27. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composantes des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : Aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):275-288.

28. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-131.

29. Tremblay MS, Warburton DER, Janssen I, et al. New Canadian physical activity guidelines. Appl Physiol Nutr Metab. 2011;36(1):36-46.

30. Clarke J, Janssen I. Is the frequency of weekly moderate-to-vigorous physical activity associated with the metabolic syndrome in Canadian adults? Appl Physiol Nutr Metab. 2013;38(7):773-778.

31. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle : caractéristiques techniques de la variable dérivée (VD) 2013. Ottawa : Statistique Canada; 2014. 77 p.

32. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : information détaillée pour 2014 (troubles de l'humeur et d'anxiété) [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2014 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160

33. Rust KF, Rao JN. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. Stat Methods Med Res. 1996;5(3):281-310.

34. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. J Affect Disord. 2009;117(Supp. 1):S1-S2.

35. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. J Clin Psychiatry. 2010;71(Supp. E1):e04.

36. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14(Supp. 1):S1. En ligne à : https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-S1-S1

37. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. Disabil Rehabil. 2015; 37(16):1490-1495.

38. Lorenzo-Luaces L, DeRubeis RJ, Bennett IM. Primary care physicians' selection of low-intensity treatments for patients with depression. Fam Med. 2015;47(7):511-516.

39. O'Donnell S, Rusu C, Bernatsky S, et al. Exercise/physical activity and weight management efforts in Canadians with self-reported arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(12):2015-2023.

40. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. 2015;25(Supp. 3):1-72.

41. Hoffmann TC, Maher CG, Briffa T, et al. Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. JAMC. 2016;188(7):510-518.

42. Roshanaei-Moghaddam B, Katon WJ, Russo J. The longitudinal effects of depression on physical activity. General Hospital Psychiatry. 2009;31:306-315.

43. Krämer LV, Helmes AW, Seelig H, Fuchs R, Bengel J. Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. Psychol Health. 2014; 29(10):1206-1225.

44. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55(513):305-312.

45. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PLOS ONE [Internet]. 2014;9(6):e100100. En ligne à : http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100100

46. Blumenthal JA, Smith PJ, Hoffman BM. Is exercise a viable treatment for depression? ACSMs Health Fit J. 2012; 16(4):14-21.

47. Thornton JS, Frémont P, Khan K, et coll. Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. Clin J Sport Med. 2016;26(4):259-265.

48. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counselling by primary care physicians in the era of managed care. Am J Prev Med. 1999;16(4):307-313.

49. Kennedy MF, Meeuwisse WH. Exercise counselling by family physicians in Canada. Prev Med. 2003;37(3):226-232.

50. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend, TJ. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. Arch Intern Med. 2007;167(16):1774-1781.

51. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. Arch Intern Med. 2009;169(7):694-701.

52. Nyström MB, Neely G, Hassmén P, Carlbring P. Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. Cogn Behav Ther. 2015;44(4):341-352.

53. Beaulac J, Carlson A, Boyd RJ. Counseling on physical activity to promote mental health: practical guidelines for family physicians. Can Fam Physician. 2011;57(4):399-401.

54. Frémont P, Fortier M, Frankovich RJ. Exercise prescription and referral tool to facilitate brief advice to adults in primary care. Can Fam Physician. 2014;60(12):1120-1122.

55. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Guide de l'utilisateur – décembre 2009 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada. Janvier 2010 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5160_D5_T1_V1-fra.htm#a11

56. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Guide de l'utilisateur – novembre 2011 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2011 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5160_D4_T1_V2-fra.htm

57. Bladon TL. The downward trend of survey response rates: implications and considerations for evaluators. Can J Program Eval. 2010;24(2):131-156. En ligne à : http://www.evaluationcanada.ca/secure/24-2-131.pdf

https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.04f

Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Siobhan O'Donnell, M. Sc. (1); Maria Syoufi, M. Sc. (1); Wayne Jones, M.A., M. Sc. (2); Kathryn Bennett, Ph. D. (3); Louise Pelletier, M.D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : L'étude décrit le recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois chez les Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à ce recours et les raisons invoquées pour ne pas y recourir.

Méthodologie : L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété de 2014 a été utilisée. L'échantillon de l'étude (n = 2 916) a été divisé en quatre sous-groupes de traitement : (1) prend des médicaments seulement; (2) a reçu des consultations psychologiques seulement; (3) prend des médicaments et a reçu des consultations psychologiques; ou (4) n'a eu recours à aucun de ces deux traitements. Nous avons combiné les trois premiers sous-groupes et effectué des analyses descriptives et de régression logistique multivariée pour comparer ceux qui prenaient des médicaments et/ou avaient reçu des consultations psychologiques par rapport à ceux n'ayant pas eu recours à ces deux traitements. Nous avons pondéré toutes les estimations afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Résultats : La majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont indiqué prendre des médicaments et/ou avoir reçu des consultations psychologiques (47,6 % prenaient des médicaments seulement, 6,9 % avaient reçu des consultations psychologiques seulement et 27,3 % avaient eu recours aux deux modalités de traitement). Après ajustement des caractéristiques individuelles, le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques était significativement associé à un âge plus avancé, à un revenu du ménage plus élevé, à une résidence dans la région de l'Atlantique ou au Québec et à un trouble de l'humeur et d'anxiété concomitants ou à un trouble de l'humeur seulement. Le contrôle des symptômes sans l'utilisation de médicaments était la raison le plus souvent invoquée pour ne pas prendre de médicaments, et le désir de se débrouiller seul et la prise de médicaments figuraient parmi les raisons le plus souvent citées pour ne pas avoir bénéficié de consultations psychologiques.

Conclusion : La majorité des Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué prenaient des médicaments, mais une moins grande proportion d'entre eux avaient reçu des consultations psychologiques. En dégageant les facteurs associés au recours à ces traitements et les raisons invoquées pour ne pas y recourir, cette étude met en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de traitement et des obstacles perçus afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et leurs préférences.

Points saillants

- La majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont indiqué prendre des médicaments sur ordonnance et/ou avoir bénéficié de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois.
- Les médicaments sur ordonnance étaient plus souvent déclarés que les consultations psychologiques pour le traitement de ces troubles.
- La prise de médicaments et les consultations psychologiques étaient significativement associées à l'âge, au revenu du ménage et au type de trouble.
- Le contrôle des symptômes sans médicaments était la raison le plus souvent invoquée pour ne pas prendre de médicaments pour gérer son trouble.
- Le désir de se débrouiller seul et la prise de médicaments figuraient parmi les raisons le plus souvent citées pour ne pas avoir bénéficié de consultations psychologiques.
- Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de traitement et des obstacles qu'ils perçoivent afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et à leurs préférences.

Mots-clés : *troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, médicaments, consultations psychologiques, traitement, enquêtes sur la santé, surveillance de la population, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
3. Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact (anciennement Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics), Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Agence de la santé publique du Canada, 785, av. Carling, IA : 6806B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

Introduction

Les troubles de l'humeur et d'anxiété sont parmi les principales maladies mentales au Canada[1] : en 2013, on estime à 3 millions le nombre de Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété[2]. Bien qu'il existe des traitements efficaces, des études récentes ont révélé que ces troubles de santé mentale sont sous-diagnostiqués[3-7] ou que, s'ils sont diagnostiqués, les patients reçoivent souvent un traitement sous-optimal ou n'en reçoivent aucun[7-10]. L'adoption de stratégies visant à améliorer l'accès et le recours à des traitements fondés sur les données probantes pourrait contribuer au bien-être des personnes aux prises avec ces troubles[11].

Divers types de traitements sont offerts, allant des traitements cliniques conventionnels comme la pharmacothérapie et la psychothérapie[12-14] à des traitements plus récents (seuls ou en association), comme la thérapie cognitivo-comportementale en ligne[15], la phythothérapie[16], la méditation[17] ou l'activité physique et l'exercice[18,19].

La pharmacothérapie et la psychothérapie sont toutes deux considérées comme des traitements de première ligne efficaces[12] et sont souvent combinées pour obtenir une réponse optimale[14,20]. Outre l'efficacité des traitements, les décisions quant au choix du traitement pharmacologique et du traitement psychologique sont influencées par d'autres facteurs, comme les préférences du patient et son observance du traitement, la réponse au traitement, la disponibilité des traitements et leur accessibilité, les services et la formation des fournisseurs de soins ainsi que des considérations financières[21,22].

Quelques études ont documenté le diagnostic et le traitement des personnes présentant des symptômes compatibles avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété[23-25]. Cependant, à notre connaissance, aucune n'a présenté de données nationales sur l'utilisation des deux traitements les plus établis (c'est-à-dire les médicaments sur ordonnance et la psychothérapie) parmi les Canadiens adultes atteints de ces troubles.

À l'aide des données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014, nous décrivons le recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques dans un échantillon représentatif à l'échelle nationale de Canadiens adultes vivant dans un logement privé et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Plus précisément, (1) nous décrivons leur recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques pour mieux gérer leur(s) trouble(s), (2) nous comparons les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au recours à ces stratégies de traitement et (3) nous examinons les raisons qui expliquent cette absence de recours.

Méthodologie

Source de données et échantillon

L'EPMCC-THA 2014, enquête transversale de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle 2013, a été menée auprès de Canadiens de 18 ans et plus vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété par un professionnel de la santé. L'enquête a été administrée par du personnel formé au moyen d'entrevues téléphoniques structurées (en français ou en anglais) pendant deux périodes de collecte de données : de novembre à décembre 2013 et de février à mars 2014.

Les répondants ont été sélectionnés à partir de ceux de l'ESCC 2013 : ce sont ceux qui ont répondu « oui » lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété par un professionnel de la santé ayant duré (ou dont on s'attendait à ce qu'il dure) six mois ou plus[26]. Sur les 5 875 répondants choisis pour l'EPMCC-THA 2014, 3 361 ont répondu au questionnaire (taux de réponse = 68,9 %). Les résidents des trois territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), les personnes qui vivent dans des réserves autochtones ou sur des terres de la Couronne, les personnes qui vivent en établissement, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'enquête, soit globalement environ 3 % de la population cible. Pour cette étude, les répondants qui ont répondu « non » lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient *actuellement atteints* d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué (par rapport au fait *d'avoir déjà reçu* un diagnostic) ont été exclus (n = 445), de sorte que notre échantillon final comptait 2 916 répondants.

La méthodologie de l'EPMCC-THA de 2014 et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final ont été décrites ailleurs[27]. Le terme « trouble de l'humeur et/ou d'anxiété » s'applique ici aux personnes ayant indiqué avoir obtenu un diagnostic de trouble de l'humeur seulement, de trouble d'anxiété seulement ou de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants.

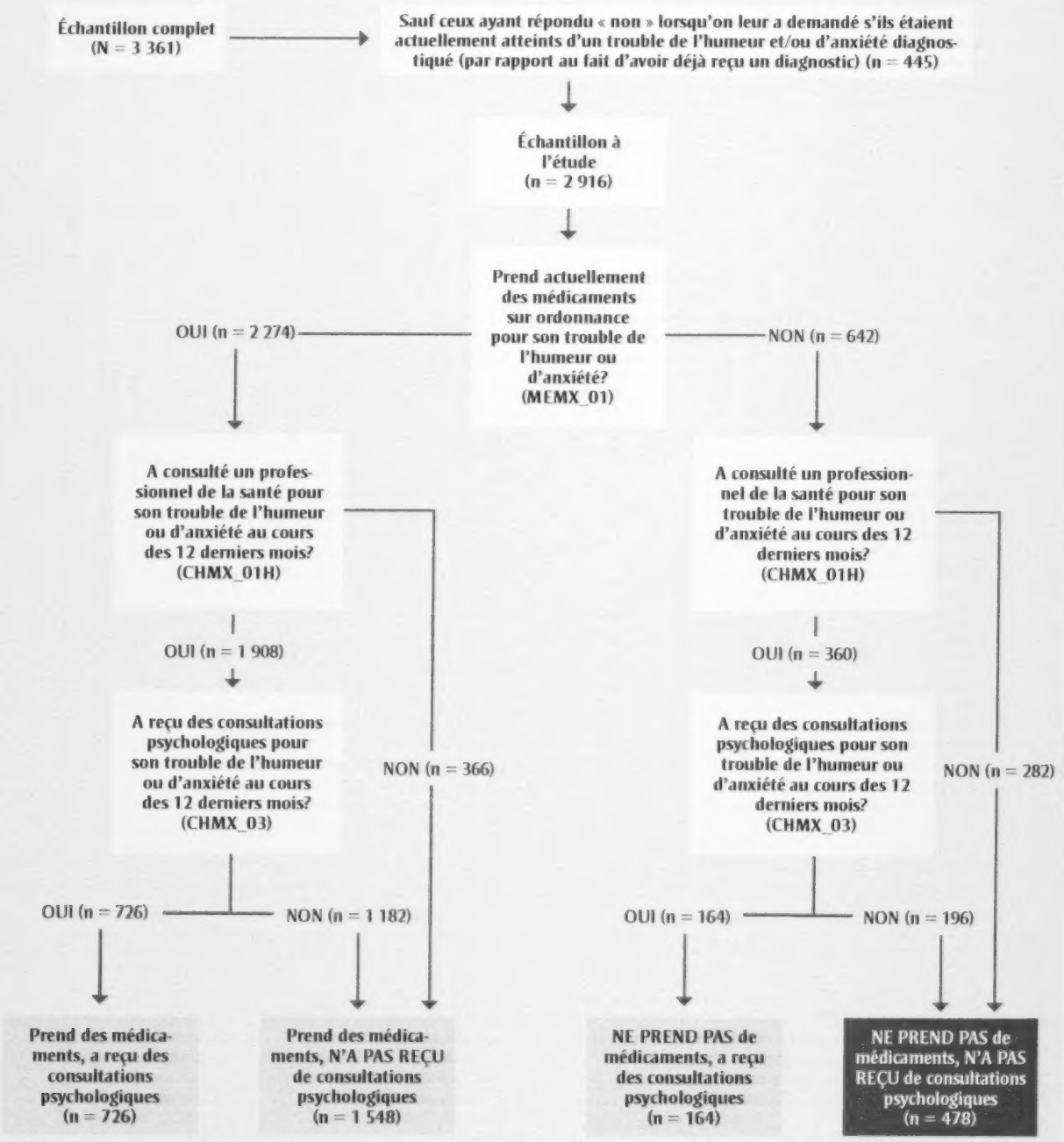
Mesures

Sous-groupes de traitement

Les répondants ont été classés dans quatre sous-groupes de traitement mutuellement exclusifs en fonction de leurs réponses à trois questions concernant leur recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques : « Actuellement, prenez-vous des médicaments sur ordonnance pour votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« oui », « non ») et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, les personnes suivantes au sujet de votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« médecin de famille ou omnipraticien »; « psychiatre »; « psychologue »; « travailleur ou travailleuse sociale, conseiller ou psychothérapeute »; « infirmier(ère) ou infirmier(ère) praticien(ne) »; « autre médecin ou spécialiste »; « autre professionnel de la santé »; « aucune »), puis, lorsque la réponse à la deuxième question n'était pas « aucune » : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des consultations psychologiques pour vous aider à gérer votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« oui », « non »).

En fonction de leurs réponses à ces questions, les répondants ont été classés en quatre sous-groupes mutuellement exclusifs : (1) prend des médicaments sur ordonnance seulement; (2) a reçu des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois seulement; (3) prend des médicaments et a reçu des consultations psychologiques; ou (4) n'a eu recours à aucun de ces deux traitements. Pour l'analyse, les trois premiers sous-groupes de traitement ont été combinés pour former le sous-groupe « prend des médicaments et/ou a reçu des consultations psychologiques ». La figure 1 illustre le processus de classement des répondants dans ces quatre sous-groupes.

FIGURE 1
Processus de sélection des répondants et de classement en quatre sous-groupes de traitement mutuellement exclusifs (n = 2 916), EPMCC-THA 2014



Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; n, fréquence non pondérée.

Remarque : MEMX_01, CHMX_01H et CHMX_03 sont des noms de variables. Pour les analyses, les sous-groupes de traitement dans les encadrés verts ont été combinés pour former un sous-groupe « médicaments et/ou consultations psychologiques ».

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les caractéristiques sociodémographiques analysées étaient le sexe (féminin, masculin), l'âge (groupes d'âge : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), l'état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e); marié(e) ou en union libre), le plus haut niveau de scolarité du répondant (pas de diplôme d'études post-secondaires ou diplôme d'études post-secondaires), le statut d'immigration (immigrant, non-immigrant); l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone), la zone géographique (Colombie-Britannique, région des Prairies, Ontario, Québec, région de l'Atlantique), le milieu de résidence (urbain, rural) et le quintile ajusté de suffisance de revenu du ménage (déciles calculés par Statistique Canada* transformés en quintiles). Nous les avons ensuite répartis comme suit : (1) 1re et 2e quintiles (les plus faibles); (2) 3e quintile (intermédiaire) et (3) 4e et 5e quintiles (les plus élevés).

Les caractéristiques cliniques analysées étaient le type de trouble (trouble de l'humeur seulement, trouble d'anxiété seulement et troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants), la durée du trouble, c'est-à-dire le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic (0 à 4 ans, 5 à 19 ans et 20 ans et plus) et le nombre de comorbidités physiques (0, 1 à 2 et 3 ou plus). Nous avons déterminé le nombre de ces dernières à l'aide des réponses à la question concernant les maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé ayant duré (ou dont on s'attendait à ce qu'elles durent) six mois ou plus, en particulier l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, un accident vasculaire cérébral, les maladies intestinales, notamment la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, et la maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence. Chaque maladie a été considérée comme une comorbidité physique.

Raisons pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance ou pour ne pas recevoir de consultations psychologiques afin de mieux gérer les symptômes liés au trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Les personnes qui ont répondu « non » à la question concernant la prise de médicaments sur ordonnance ou le recours à des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois ont été invitées à en fournir les raisons. Il s'agissait de questions ouvertes avec des options multiples de réponses que l'enquêteur classait en fonction d'une liste prédéfinie. Les choix de raisons pour ne plus prendre ou n'avoir jamais pris de médicaments sur ordonnance étaient les suivants : « aucun médicament n'a été prescrit », « effets secondaires », « trop coûteux, aucune assurance », « contrôlé sans l'utilisation de médicaments », « gêné(e), mal à l'aise ou préoccupé(e) par l'opinion des autres », « ne veut pas devenir dépendant(e) », « autre » et « aucune raison ». Les choix de raisons pour ne pas avoir reçu de consultations psychologiques étaient les suivants : « ne sait pas où aller », « contraintes de temps (trop occupé(e), responsabilités familiales, horaire de travail) », « temps d'attente trop long », « trop coûteux, aucune couverture par l'assurance », « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état », « prend des médicaments pour gérer son état », « trop gêné(e), mal à l'aise ou préoccupé(e) par l'opinion des autres », « autre » et « aucune raison ».

Analyses statistiques

Nous avons effectué des analyses descriptives en tableau croisé pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des répondants en fonction du traitement. Nous avons réalisé des tests du chi carré (variables catégorielles) et une analyse de régression linaire (variables numériques, par ex. l'âge) pour étudier la relation entre les caractéristiques des répondants et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques par rapport à l'absence de recours à ces traitements. Nous avons ensuite effectué une analyse de régression logistique multivariée pour examiner l'association indépendante entre les caractéristiques des répondants et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques, par rapport à l'absence de recours à ces traitements. Les données manquantes formaient moins de 10 % des données d'origine dans le modèle. La signification statistique a été établie à $p < 0,05$. Nous avons aussi effectué des analyses descriptives pour examiner les raisons invoquées pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance et pour ne pas avoir reçu de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois.

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, nous avons pondéré toutes les estimations avec les poids d'enquête générés par Statistique Canada afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Les poids d'échantillonnage ont été ajustés par Statistique Canada pour tenir compte des exclusions, de la sélection de l'échantillon, des taux de répondants admissibles, des non-réponses et de l'autorisation de partager et de jumeler les données[18]. Nous avons également calculé des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les poids de rééchantillonnage *bootstrap* fournis avec les données[19]. Seuls les résultats dont le coefficient de variation était inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada[18]. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Population à l'étude par sous groupe de traitement

La majorité (81,8 %) des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété a indiqué avoir pris des médicaments sur ordonnance et/ou avoir reçu des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces répondants, près de la moitié (47,6 %) ont déclaré avoir pris des médicaments seulement, 6,9 % avoir reçu des consultations psychologiques seulement et 27,3 % avoir pris des médicaments et reçu des consultations psychologiques. Près du cinquième (18,2 %) des répondants ont déclaré n'avoir eu recours à aucun de ces traitements. La relation entre les caractéristiques individuelles et la prise de médicaments et les consultations psychologiques (par rapport à l'absence de recours à ces traitements) était significative pour ce qui est de l'âge, de l'état matrimonial et du type de trouble. Ceux ayant

* Cette variable dérivée est une distribution des répondants en déciles (10 catégories comportant environ le même pourcentage de résidants de chaque province) basée sur le rapport entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu correspondant à la taille du ménage et de la collectivité. Cette valeur fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu du ménage par rapport au revenu du ménage de tous les autres répondants[17].

indiqué n'avoir recouru à aucun de ces traitements étaient plus susceptibles d'être plus jeunes, célibataires ou jamais mariés et atteints d'un trouble d'anxiété seulement (tableau 1).

Association entre les caractéristiques individuelles et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques par rapport à l'absence de recours à ces traitements

Après ajustement pour tenir compte de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques[1], nos résultats montrent que le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (par rapport à l'absence de recours) sont significativement associées à (rapport des cotes [RC] ajusté [IC à 95 %]) : un âge plus avancé (RC = 3,9 [1,8 à 8,2] chez les 65 ans et plus, RC = 2,4 [1,3 à 4,5] chez les 50 à 64 ans et RC = 2,5 [1,4 à 4,5] chez les 35 à 49 ans, par rapport aux 18 à 34 ans), une suffisance du revenu du ménage plus élevée (RC = 1,9 [1,3 à 2,9] dans les quintiles Q4 et Q5 par rapport à Q1 et Q2), une résidence dans la région de l'Atlantique (RC = 2,4 [1,4 à 4,2]) ou au Québec (RC = 1,8 [1,1 à 3,0]) par rapport à l'Ontario et un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants (RC = 2,2 [1,4 à 3,5] ou un trouble de l'humeur seulement (RC = 1,9 [1,2 à 2,9]) par rapport à un trouble d'anxiété seulement (tableau 2).

Raisons invoquées pour ne pas avoir eu recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques

Les trois raisons les plus fréquentes étaient « contrôlé sans l'utilisation de médicaments » (41,8 %), « autre » (29,4 %) et « effets secondaires » (24,6 %). Dans le cas de ceux ayant déclaré ne pas avoir reçu de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois, les trois principales raisons étaient les suivantes : « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état » (31,0 %), « autre » (30,8 %) et « prend des médicaments pour gérer son état » (30,2 %) (figure 2).

Analyse

Pour mieux gérer leur(s) trouble(s), la majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont déclaré avoir recours à des médicaments et/ou à des consultations psychologiques, mais près du cinquième des répondants (18,2 %) ont affirmé n'avoir eu recours à aucun de ces traitements. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à la prise de médicaments et/ou aux consultations psychologiques sont l'âge, la suffisance du revenu du ménage, la zone géographique et le type de trouble.

Un âge plus avancé (35 ans et plus par rapport à 18 à 34 ans) était associé au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Ce résultat s'explique principalement par la grande proportion d'individus plus âgés (35 ans et plus) ayant recours aux médicaments, les plus jeunes (18 à 34 ans) étant quant à eux plus susceptibles d'avoir reçu des consultations psychologiques seulement ou de n'avoir recouru à aucun des deux traitements. Sans connaître les détails des symptômes des répondants, il est impossible de déterminer si ces résultats liés à l'âge sont dus à la gravité des symptômes (les symptômes étant moins graves chez les plus jeunes que chez les plus âgés) ou à d'autres facteurs tels que les préférences de traitement selon l'âge, la disponibilité du traitement, l'accès au traitement, etc. Cela dit, des études ont montré que les jeunes adultes préfèrent le traitement psychologique au traitement pharmacologique[30] et sont plus réticents que les plus âgés à consulter un professionnel pour obtenir de l'aide[31-33].

Nous avons constaté qu'une plus grande suffisance de revenu du ménage était associée au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Des études diverses démontrent que ceux dont le statut socio-économique est élevé ont un meilleur accès à presque tous les services de santé disponibles, bien que leur état de santé soit généralement meilleur[34]. Une étude ayant évalué les déterminants qui amenaient les Canadiens adultes à consulter un médecin de famille, un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou un autre professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale a révélé que les personnes dont le niveau de scolarité était faible et dont la suffisance de revenu était moindre étaient moins susceptibles de recourir aux services de santé mentale, en particulier aux spécialistes en psychothérapie[35]. De plus, les auteurs d'une étude canadienne qui visait à déterminer au moyen des données de l'ESCC les obstacles à l'obtention de services de santé mentale ont conclu que [traduction] « malgré l'assurance-maladie universelle, il existe des inégalités importantes quant à l'accès aux services de santé mentale pour les Canadiens à faible revenu »[36, p. 1].

Résider dans la région de l'Atlantique ou au Québec (par rapport à l'Ontario) s'est révélé associé au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. On sait qu'il existe des différences dans l'utilisation des services de santé mentale d'une province à l'autre[35,37], et les résultats de notre étude pourraient donc refléter de réelles différences régionales. Toutefois, étant donné les nombreux facteurs sous-jacents susceptibles d'avoir pu contribuer à ces observations, nous préférons nous abstenir d'en tirer des conclusions précises.

Enfin, les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants et les troubles de l'humeur seulement (par rapport aux troubles d'anxiété seulement) se sont révélés associés au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Étant donné qu'en présence de troubles concomitants, les symptômes sont plus graves et les issues moins favorables pour la santé qu'en présence d'un seul trouble[38,39], il n'est pas surprenant que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants aient été plus susceptibles de déclarer recourir aux deux traitements. Ce résultat est conforme aux données actuelles, qui favorisent les traitements pharmacologiques et psychologiques simultanés comme la thérapie cognitivo-comportementale, pour la gestion des personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants[40-42]. Par ailleurs, on s'attendait à ce que les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur seulement (par rapport à un trouble d'anxiété seulement) soient plus susceptibles de prendre des médicaments, à la lumière des données qui font état d'un traitement des troubles d'anxiété moins adéquat que celui de la dépression[8].

Nous n'avons observé aucun RC ajusté significatif entre le type de traitement et le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité du répondant, le statut d'immigration,

[1] Sexe, âge, état matrimonial, niveau de scolarité du répondant, quintile ajusté de suffisance du revenu du ménage, statut d'immigrant, identité autochtone, région géographique, lieu de résidence, type de trouble, durée du trouble et nombre de comorbidités physiques.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, selon le type de traitement (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	Médicaments et/ou consultations psychologiques (n = 2 438; 81,8 %)	Médicaments seulement (n = 1 548; 47,6 %)	Consultations psychologiques seulement (n = 164; 6,9 %)	Médicaments et consultations psychologiques (n = 726; 27,3 %)	Aucun (n = 478; 18,2 %)	Médicaments et/ou consultations psychologiques par rapport à aucun traitement Test du chi carré
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	valeur *p*
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES						
Sexe						
Femmes	81,8 (78,8 à 84,8)	47,9 (44,0 à 51,8)	7,2 (5,0 à 9,3)	26,7 (23,1 à 30,4)	18,2 (15,2 à 21,2)	0,966
Hommes	81,7 (77,4 à 85,9)	47,0 (41,0 à 53,0)	6,4[a] (3,2 à 9,5)	28,3 (22,5 à 34,1)	18,3 (14,1 à 22,6)	
Âge (ans)						
Âge moyen	48,0 (47,1 à 48,4)	51,0 (49,8 à 52,2)	35,1 (32,4 à 37,8)	46,0 (44,4 à 47,5)	42,2 (40,3 à 44,2)	< 0,001[b,*]
Groupes d'âge						
18 à 34	71,4 (65,5 à 77,4)	30,5 (24,0 à 36,9)	15,3[a] (10,0 à 20,7)	25,7 (19,1 à 32,2)	28,6 (22,6 à 34,5)	< 0,001*
35 à 49	85,0 (80,5 à 89,5)	44,3 (37,2 à 51,5)	6,5[a] (3,4 à 9,5)	34,2 (26,6 à 41,9)	15,0 (10,5 à 19,5)	
50 à 64	84,7 (80,8 à 88,6)	56,0 (50,6 à 61,3)	2,8[a] (1,3 à 4,4)	25,9 (21,2 à 30,5)	15,3 (11,4 à 19,2)	
65 et plus	87,3 (83,5 à 91,0)	66,6 (61,0 à 72,2)	ND[c]	19,4 (14,4 à 24,3)	12,7 (9,0 à 16,5)	
État matrimonial						
Célibataire ou jamais marié(e)	76,1 (71,2 à 81,0)	37,4 (31,5 à 43,3)	12,6[a] (8,4 à 16,7)	26,1 (20,7 à 31,5)	23,9 (19,0 à 28,8)	0,006*
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	85,8 (81,6 à 90,0)	50,5 (43,6 à 57,4)	ND[c]	30,5 (24,1 à 36,9)	14,2 (10,0 à 18,4)	
Marié(e) ou en union libre	83,1 (79,9 à 86,2)	51,3 (46,7 à 56,0)	4,9[a] (2,8 à 7,0)	26,8 (22,4 à 31,3)	16,9 (13,8 à 20,1)	
Niveau de scolarité du répondant						
Pas de diplômes d'études post-secondaires	79,1 (75,3 à 83,0)	51,2 (46,7 à 55,7)	7,0[a] (4,6 à 9,5)	20,9 (17,1 à 24,7)	20,9 (17,0 à 24,7)	0,084
Diplôme d'études post-secondaires	83,5 (80,3 à 86,7)	45,3 (40,7 à 50,0)	6,8[a] (4,4 à 9,2)	31,4 (26,8 à 36,1)	16,5 (13,3 à 19,7)	
Quintile de suffisance de revenu du ménage						
Q1 ou Q2 (les plus faibles)	78,7 (74,9 à 82,6)	45,1 (40,6 à 49,7)	5,3[a] (3,4 à 7,2)	28,3 (23,7 à 32,8)	21,3 (17,4 à 25,1)	0,103
Q3 (intermédiaire)	83,4 (78,2 à 88,6)	53,4 (45,5 à 61,3)	8,3[a] (3,8 à 12,9)	21,6 (15,4 à 27,9)	16,6 (11,4 à 21,8)	
Q4 ou Q5 (les plus élevés)	84,2 (80,6 à 87,7)	46,8 (41,2 à 52,4)	7,7[a] (4,3 à 11,1)	29,7 (23,8 à 35,5)	15,8 (12,3 à 19,4)	
Statut d'immigration						
Non-immigrant	82,2 (79,7 à 84,8)	47,1 (43,5 à 50,7)	7,4 (5,4 à 9,3)	27,7 (24,3 à 31,3)	17,8 (15,2 à 20,3)	0,459
Immigrant	79,8 (69,9 à 87,8)	51,0 (39,4 à 62,6)	ND[c]	24,6[a] (15,9 à 33,3)	21,2[a] (12,2 à 30,1)	
Identité autochtone						
Non-autochtone	81,8 (79,1 à 84,4)	46,4 (42,7 à 50,1)	7,2 (5,2 à 9,2)	28,2 (24,5 à 31,8)	18,2 (15,6 à 20,9)	0,942
Autochtone	81,5 (74,1 à 88,9)	50,6 (40,2 à 61,0)	ND[c]	22,2[a] (12,4 à 31,9)	18,5[a] (11,1 à 25,9)	

Suite page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, selon le type de traitement (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	Médicaments et/ou consultations psychologiques (n = 2 438; 81,8 %)	Médicaments seulement (n = 1 548; 47,6 %)	Consultations psychologiques seulement (n = 164; 6,9 %)	Médicaments et consultations psychologiques (n = 726; 27,3 %)	Aucun (n = 478; 18,2 %)	Médicaments et/ou consultations psychologiques par rapport à aucun traitement Test du chi carré
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	valeur *p*
Zone géographique						
Colombie-Britannique	81,3 (74,4 à 88,2)	57,1 (47,7 à 66,4)	ND[c]	16,3[a] (9,4 à 23,3)	18,7[a] (11,8 à 25,6)	0,078
Région des Prairies	79,4 (74,1 à 84,7)	45,8 (38,7 à 53,0)	8,0[a] (3,3 à 12,8)	25,5 (18,2 à 32,9)	20,6 (15,3 à 25,9)	
Ontario	79,5 (75,1 à 83,9)	42,6 (37,3 à 47,9)	5,9[a] (3,1 à 8,8)	31,0 (25,2 à 36,8)	20,5 (16,1 à 24,9)	
Québec	85,8 (81,1 à 90,5)	46,8 (39,4 à 54,2)	7,7[a] (3,5 à 12,0)	31,2 (24,6 à 37,9)	14,2[a] (9,5 à 18,9)	
Région de l'Atlantique	88,6 (84,7 à 92,5)	60,6 (53,4 à 67,7)	ND[c]	22,5 (16,3 à 28,7)	11,4[a] (7,5 à 15,3)	
Milieu de résidence						
Rural	81,8 (77,0 à 86,5)	55,2 (49,2 à 61,2)	5,6[a] (2,9 à 8,4)	20,9 (16,1 à 25,7)	18,2 (13,5 à 23,0)	0,995
Urbain	81,8 (79,0 à 84,5)	46,0 (42,2 à 49,8)	7,1 (5,1 à 9,2)	28,6 (24,8 à 32,4)	18,2 (15,5 à 21,0)	
CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES						
Type de trouble						
Trouble de l'humeur seulement	81,9 (78,1 à 85,7)	58,4 (53,2 à 63,6)	3,2[a] (1,9 à 4,5)	20,3 (16,3 à 24,3)	18,1 (14,3 à 21,9)	0,049[*]
Trouble d'anxiété seulement	76,9 (71,3 à 82,5)	44,1 (37,2 à 50,9)	12,5[a] (7,4 à 17,5)	20,4[a] (13,0 à 27,8)	23,1 (17,5 à 28,7)	
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants	85,0 (81,3 à 88,6)	36,5 (31,3 à 41,7)	7,6[a] (4,1 à 11,1)	40,8 (35,0 à 46,6)	15,0 (11,4 à 18,7)	
Durée du trouble (ans)						
0 à 4	80,8 (75,8 à 85,9)	35,1 (29,0 à 41,3)	15,0 (10,4 à 19,7)	30,7 (24,1 à 37,2)	19,2 (14,1 à 24,2)	0,857
5 à 19	82,0 (78,3 à 85,6)	52,0 (46,9 à 57,2)	4,6[a] (2,3 à 6,9)	25,3 (20,6 à 30,1)	18,0 (14,4 à 21,7)	
20 et plus	82,7 (78,6 à 86,8)	52,1 (46,4 à 57,7)	2,4[a] (0,8 à 4,0)	28,2 (22,6 à 33,9)	17,3 (13,2 à 21,4)	
Comorbidités physiques (nombre)						
0	82,4 (78,6 à 86,1)	45,6 (40,1 à 51,2)	9,3[a] (5,8 à 12,8)	27,5 (21,9 à 33,0)	17,6 (13,9 à 21,4)	0,271
1 à 2	80,1 (76,6 à 83,6)	46,7 (42,1 à 51,3)	6,1[a] (3,9 à 8,3)	27,4 (22,9 à 31,8)	19,9 (16,4 à 23,4)	
3 ou plus	85,4 (80,3 à 90,6)	56,6 (49,1 à 64,1)	ND[c]	26,6 (19,0 à 34,1)	14,6[a] (9,4 à 19,7)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; ND, non déclarable; Q, quintile.

Remarque : Les pourcentages et les IC à 95 % sont basés sur des données pondérées.

[a] Forte variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

[b] Analyse de régression linéaire.

[c] Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

[*] Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

l'identité autochtone, le milieu de résidence, la durée du trouble ou le nombre de comorbidités physiques.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le choix du traitement pharmacologique comme psychologique est influencé par un certain nombre de facteurs, dont les données cliniques concernant l'efficacité, les préférences du patient et son observance du traitement, la réponse au traitement, la disponibilité des traitements et leur accessibilité, la formation des fournisseurs de soins et des considérations financières. Bien que les consultations psychologiques aient démontré des effets comparables à ceux de la prise de médicaments pour plusieurs troubles dépressifs et anxieux[43] et

TABLEAU 2
Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (comparativement à aucun traitement) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	RC ajusté[a] (IC à 95 %)	valeur *p*
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES		
Sexe		
Femmes	1,4 (0,9 à 2,1)	0,150
Hommes	Référence	
Groupes d'âge (ans)		
35 à 49	2,5 (1,4 à 4,5)	0,002*
50 à 64	2,4 (1,3 à 4,5)	0,007*
65 et plus	3,9 (1,8 à 8,2)	0,000*
18 à 34	Référence	
État matrimonial		
Célibataire ou jamais marié(e)	1,1 (0,7 à 1,8)	0,638
Veuf(e), séparé(e) ou divorcé(e)	1,2 (0,8 à 2,0)	0,385
Marié(e) ou en union libre	Référence	
Niveau de scolarité du répondant		
Diplôme d'études post-secondaires	1,3 (0,9 à 1,9)	0,140
Pas de diplôme d'études post-secondaires	Référence	
Quintile de suffisance du revenu du ménage		
Q3 (intermédiaire)	1,4 (0,9 à 2,3)	0,135
Q4 ou Q5 (les plus élevés)	1,9 (1,3 à 2,9)	0,002*
Q1 ou Q2 (les plus faibles)	Référence	
Statut d'immigration		
Non-immigrant	2,0 (0,7 à 6,1)	0,206
Immigrant	Référence	
Identité autochtone		
Non-autochtone	0,9 (0,4 à 1,7)	0,637
Autochtone	Référence	
Zone géographique		
Colombie-Britannique	1,1 (0,7 à 2,0)	0,650
Région des Prairies	0,9 (0,5 à 1,4)	0,615
Québec	1,8 (1,1 à 3,0)	0,032*
Région de l'Atlantique	2,4 (1,4 à 4,2)	0,002*
Ontario	Référence	
Milieu de résidence		
Urbain	1,1 (0,7 à 1,7)	0,615
Rural	Référence	
CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES		
Type de trouble		
Trouble de l'humeur seulement	1,9 (1,2 à 2,9)	0,007*
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants	2,2 (1,4 à 3,5)	0,001*
Trouble d'anxiété seulement	Référence	

Suite page suivante

que certaines données laissent penser que la psychothérapie est généralement préférée à la pharmacothérapie[44,45], les résultats de notre étude démontrent que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété sont plus susceptibles d'être traitées au moyen de médicaments. Divers facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment une connaissance limitée des bienfaits de la psychothérapie par les individus atteints, la disponibilité de ces services de santé mentale et leur accès, les préférences du médecin concernant le traitement et les coûts liés au traitement. Des mesures prises ailleurs dans le monde pour surmonter les problèmes d'accessibilité au traitement se sont révélées prometteuses : ainsi, en Australie et en Angleterre, des programmes de psychothérapie financés par l'État ont amélioré à la fois l'accès aux soins et les résultats cliniques[46,47]. Quelques provinces canadiennes explorent aussi cette possibilité[48-50].

Parmi les raisons les plus fréquemment invoquées pour ne pas prendre de médicaments figuraient les suivantes : « contrôlé sans l'utilisation de médicaments » et « effets secondaires ». De même, au nombre des raisons fréquemment invoquées pour ne pas avoir reçu de consultations psychologiques figuraient les suivantes : « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état » et « prend des médicaments ». La littérature indique que, parmi les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale communs, une faible perception des réels besoins et certains obstacles liés à l'attitude, en particulier le désir de gérer soi-même son problème, sont les principales raisons pour ne pas entreprendre ou poursuivre toute forme de traitement[51]. De plus, les effets secondaires du traitement sont des obstacles bien connus à l'utilisation des traitements pharmacologiques, en particulier parmi ceux atteints de troubles dépressifs[52], et la difficulté à reconnaître son propre besoin d'aide, le désir de ne compter que sur soi-même et les coûts sont parmi les obstacles les plus courants qui empêchent d'obtenir un traitement psychologique et de le poursuivre[53]. Le fait pour le patient de comprendre son trouble et le processus de traitement ainsi que le fait d'avoir une relation positive avec son médecin traitant le stimulent à entreprendre un traitement pour gérer son trouble de l'humeur ou d'anxiété et à s'y conformer[13,53].

Bien qu'ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, près du

TABLEAU 2 (suite)
Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (comparativement à aucun traitement) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	RC ajusté[a] (IC à 95 %)	valeur *p*
Durée du trouble (ans)		
0 à 4	1,7 (0,9 à 3,0)	0,101
5 à 19	1,3 (0,8 à 2,2)	0,246
20 et plus	Référence	
Comorbidités physiques (nombre)		
0	1,0 (0,5 à 1,9)	0,948
1 à 2	0,8 (0,5 à 1,4)	0,427
3 ou plus	Référence	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; Q, quintile; RC, rapport de cotes.

Remarque : Les RC et les IC à 95 % sont basés sur des données pondérées.

[a] Ajusté en fonction de toutes les variables du modèle, soit le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité du répondant, les quintiles de suffisance de revenu du ménage ajustés, le statut d'immigration, l'identité autochtone, la région géographique, le milieu de résidence, le type de trouble, la durée du trouble et le nombre de comorbidités physiques.

[*] Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

cinquième (18,2 %) des Canadiens adultes atteints de ces troubles ont indiqué ne pas prendre de médicaments ni avoir reçu de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Par rapport aux répondants ayant recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques, ils étaient souvent plus jeunes (18 à 34 ans), avaient un revenu familial plus bas et était atteints d'un trouble d'anxiété seulement. Fait intéressant, il a été démontré que les jeunes adultes qui privilégiaient fortement les consultations psychologiques par rapport au traitement pharmacologique mais n'en avaient pas reçu étaient nombreux à ne pas recevoir de traitement du tout[44], sans compter que l'insuffisance du revenu a une incidence sur le recours aux spécialistes en psychothérapie[35]. Nous ignorons toutefois dans quelle mesure les symptômes de ces répondants étaient graves et à quel point ils nécessitaient un traitement. Il faut aussi garder à l'esprit le processus normal selon lequel les gens décident de suivre un traitement et le fait que l'on peut refuser un traitement pour des questions de principe ou autres.

Enfin, il est important de souligner que notre étude portait sur des cas autodéclarés de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué, mais que, comme l'a montré une étude récente menée au Canada[25], jusqu'à 50 % des personnes qui présentaient des symptômes compatibles avec un trouble de l'humeur n'avaient pas obtenu de diagnostic. Par conséquent, notre échantillon ne constitue qu'un sous-ensemble de la population qui pourrait bénéficier d'un diagnostic et, au bout du compte, d'un traitement.

Points forts et limites

Notre étude comporte un certain nombre de points forts, notamment un large échantillon représentatif de la population et le fait que l'enquête ait été administrée par du personnel formé. Cependant, nos résultats devraient être interprétés en tenant compte d'un certain nombre de limites. En premier lieu, la possibilité de généraliser nos résultats est limitée en raison de l'exclusion, dans cette enquête, des trois territoires canadiens et de certaines populations présentant un risque accru de maladie mentale telles que les populations autochtones[54,55] vivant dans des réserves ou sur des terres de la Couronne, les sans-abri[56], les patients vivant en établissement[57] et les personnes incarcérées[58].

En deuxième lieu, nos résultats étant basés sur des données autodéclarées, un biais de rappel, un biais de désirabilité sociale ou une non-déclaration consciente ont pu entraîner une classification erronée des résultats ou des variables explicatives.

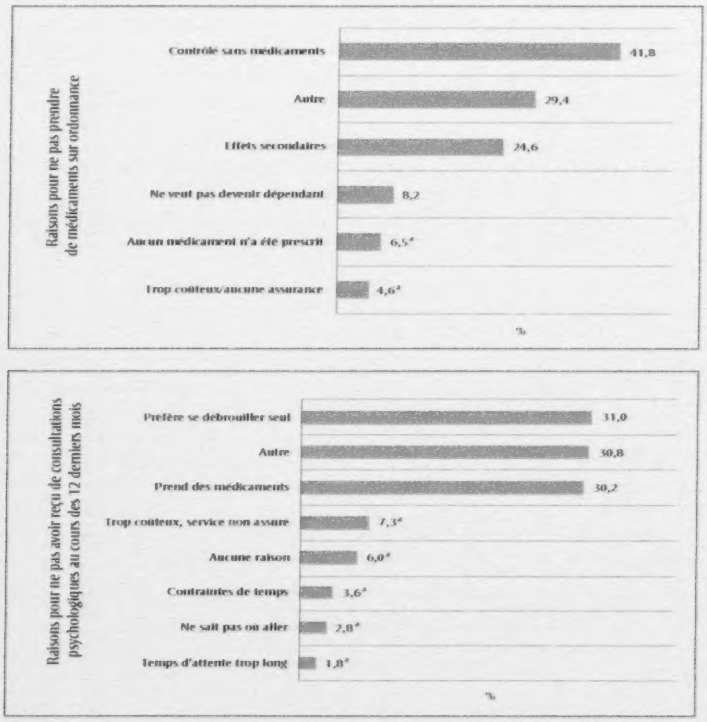
En troisième lieu, le taux de réponse de 68,9 % à l'EPMCC-THA 2014 a pu introduire un biais de non-réponse. Statistique Canada a cependant ajusté le poids des répondants pour tenir compte de l'absence des personnes exclues ou n'ayant pas répondu qui faisaient partie de la population ciblée par l'EPMCC[28].

En quatrième lieu, l'enquête n'a pas recueilli de renseignements sur des sujets importants en lien avec la gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Par exemple, elle ne comportait aucune question à propos des nouveaux types de consultations psychologiques tels que la thérapie et le soutien cognitivo-comportementale en ligne, le caractère adéquat du traitement reçu et la gravité des symptômes des répondants. Afin de mieux comprendre l'utilisation des médicaments et des consultations psychologiques pour la gestion des troubles de l'humeur et d'anxiété, ces thèmes pourraient être abordés dans une prochaine enquête. Cependant, pour faire en sorte que les répondants soient assez nombreux pour qu'on puisse obtenir des conclusions significatives, il serait préférable de cibler les personnes atteintes de troubles de santé mentale plutôt que de recourir à un sous-échantillon tiré d'une enquête populationnelle.

En cinquième lieu, une proportion étonnamment élevée de répondants a choisi « autre » comme raison à ne pas prendre de médicaments et/ou ne pas avoir reçu de consultations psychologiques, question que nous n'avons pas pu aborder dans cet article. Des études comportant une analyse qualitative en profondeur des obstacles potentiels suivie de tests cognitifs sur les choix de réponses prédéterminés sont nécessaires pour faire en sorte que ces derniers fournissent davantage d'information dans les enquêtes à venir. L'inclusion d'une question ouverte après le choix de réponse « autre » permettrait également de mieux explorer les obstacles potentiels dans les enquêtes à venir.

Enfin, un certain nombre de limites sont attribuables à la taille de l'échantillon. Par exemple, la mesure relative au statut d'immigration n'était pas assez sensible en ce qui concerne les difficultés auxquelles se heurtent les néo-Canadiens, parce que nous n'avons pas pu désagréger cette caractéristique en fonction du temps écoulé depuis l'immigration, en raison du petit nombre de répondants classés comme immigrants. De plus, vu le faible nombre de répondants ayant reçu des consultations psychologiques seulement (n = 164), nous

FIGURE 2
Raisons invoquées pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance (n = 642) ou pour ne pas avoir reçu de consultation psychologique au cours des 12 derniers mois (n = 1 378) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, EPMCC-THA 2014



Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; n, fréquence non pondérée.

Remarque : Les pourcentages sont basés sur les données pondérées et leur somme ne donne pas 100 % car les répondants pouvaient fournir plus d'une raison.

[a] Forte variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

avons dû agréger les quintiles de suffisance de revenu du ménage et les niveaux de scolarité pour nous assurer que nos estimations répondaient aux lignes directrices pour la diffusion des données de Statistique Canada relatives à la variabilité d'échantillonnage[28]. Par ailleurs, certaines estimations relatives aux caractéristiques du sous-groupe ayant reçu des consultations psychologiques seulement comportaient une grande variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation élevé), ce qui a limité notre capacité à tirer des conclusions concernant les différences possiblement significatives entre les quatre sous-groupes de traitement.

Conclusion

La grande majorité des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété a affirmé avoir eu recours à des médicaments sur ordonnance et/ou des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Étant donné que les consultations psychologiques ont des effets comparables aux médicaments dans le cas de plusieurs troubles dépressifs et anxieux mais que d'après les résultats de notre étude, la plupart des Canadiens adultes ayant déclaré être atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété prennent des médicaments, il y a lieu d'approfondir l'étude de l'accès aux consultations psychologiques et le recours à ce service. En dégageant les facteurs associés au recours à ces traitements cliniques conventionnels et les raisons invoquées pour ne pas y avoir recours, cette étude met en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de traitement et des obstacles perçus afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et leurs préférences.

Remerciements

L'EPMCC-THA 2014 a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et conçue en collaboration avec Statistique Canada. L'élaboration de l'enquête a aussi été rendue possible grâce à la contribution des membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 a été réalisée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et l'ASPC et a bénéficié d'un financement du gouvernement canadien.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun soutien financier ou matériel externe n'a été obtenu pour la tenue de cette étude.

Contribution des auteurs

SO a effectué l'analyse statistique et a rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont contribué à la conception de l'étude, à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats, ont effectué une révision critique du manuscrit et en ont approuvé la version finale.

Références

1. Pearson C, Janz T, Ali J. Health at a glance: mental and substance use disorders in Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. En ligne à : http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm

2. Agence de la santé publique du Canada. Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : Points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – 2014 [Internet]. Ottawa (Ont.): Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/troubles-anxieux-et-humeur-canada.html

3. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. Prim Care Companion CNS Disord. 2011; 13(2):e1-e10.

4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009; 374(9690):609-619.

5. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians–a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med. 2008;23(1):25-36.

6. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:36-41.

7. Kasper S. Anxiety disorders: underdiagnosed and insufficiently treated. Int J Psychiatry Clin Pract. 2006;10 Suppl 1:3-9.

8. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. Am J Psychiatry. 2007; 164(2):276-282.

9. Starkes JM, Poulin CC, Kisely SR. Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. Can J Psychiatry. 2005;50(10):580-590.

10. Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Nguyen CT, Smolders M. Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46(4):321-330.

11. Anderson IM, Haddad PM. CANMAT guidelines for depression: clear and user-friendly. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S3-S4.

12. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. J Affect Disord. 2009;117:S1-S2.

13. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Bipolar Disord. 2013; 15(1):1-44.

14. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Internet]. BMC psychiatry. 2014;14 Suppl 1:S1. En ligne à : http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf

15. Spek V, Cuijpers P, Nyklícek I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med. 2007; 37(3):319-328.

16. Sarris J, Kavanagh DJ. Kava and St. John's Wort: current evidence for use in mood and anxiety disorders. J Altern Complement Med. 2009;15(8): 827-836.

17. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials [Internet]. PLOS ONE. 2014;9(4):e96110. En ligne à : http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096110

18. Wolff E, Gaudlitz K, von Lindenberger BL, Plag J, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011;261 Suppl 2:S186-S191.

19. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. Int J Psychiatry Med. 2011;41(1):15-28.

20. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S15-S25.

21. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE Clinical Guideline 23). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2009. En ligne à : http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/Depression%20in%20Adults%20NICE%20Guidance.pdf

22. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. Can J Psychiatry. 2006;51 Suppl 2:9S-91S. Erratum in: Can J Psychiatry. 2006; 51(10):623.

23. Patten SB, Sedmak B, Russell ML. Major depression: prevalence, treatment utilization and age in Canada. Can J Clin Pharmacol. 2001;8(3): 133-138.

24. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Wang JL, McDonald K, Bulloch AG. Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. Can J Psychiatry. 2015;60(1):23-30.

25. Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016 May 6:1-10.

26. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle, 2013 : spécifications des variables dérivées (VD). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

27. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé, C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):307-321.

28. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.

29. Rust K, Rao JN. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. Stats Methods Med Res. 1996;5(3):281-310.

30. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. J Clin Psychiatry. 2013;74(6):595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757.

31. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? Med J Aust. 2007;187(7 Suppl):S35-S39.

32. Marcus M, Westra H. Mental health literacy in Canadian young adults: results of a national survey. Can J Community Ment Health. 2012;31(1): 1-15.

33. Stuart H, Patten SB, Koller M, Modgill G, Liinamaa T. Stigma in Canada: results from a rapid response survey. Can J Psychiatry. 2014;59(10 Suppl 1):S27-S33.

34. Association médicale canadienne. Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne; 2013. En ligne à : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Ensuring_equitable_access_to_health_care_PD14-04-f.pdf

35. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N. General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. Can J Psychiatry. 2009;54(7):468-476.

36. Slaunwhite AK. The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada. Community Ment Health J. 2015;51(5): 621-627.

37. Vasiliadis H, Lesage A, Adair C, Boyer R. Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. Can J Psychiatry. 2005;50(10): 614-619.

38. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8-19.

39. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: prevalence and association with resource utilization. J Clin Psychiatry. 2006;67(8):1187-1193.

40. Bakish D. The patient with comorbid depression and anxiety: the unmet need. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 6:20-24.

41. Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. Drugs. 2008; 68(12):1621-1634.

42. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, et al. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. Ann Clin Psychiatry. 2012; 24(1):6-22.

43. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. World Psychiatry. 2013;12(2):137-148.

44. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(3): 184-189.

45. Houle J, Villaggi B, Beaulieu MD, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. Treatment preferences in patients with first episode depression. J Affect Disord. 2013;147(1-3):94-100.

46. Reifels L, Bassilios B, King KE, Fletcher JR, Blashki G, Pirkis JE. Innovations in primary mental healthcare. Aust Health Rev. 2013;37(3): 312-317.

47. Vasiliadis HM, Dezetter A. Publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England. Sante Ment Que. 2015;40(4):101-118.

48. Fansi A, Jehanno, C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs [Internet]. Québec (QC): Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2015. En ligne à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_psycho_compare_cout_pharmaco.pdf

49. Fansi A, Jehanno C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Québec (QC) : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS);2015. En ligne à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf

50. Anderssen E. Open minds: better mental health care—the case for publicly funded therapy [Internet]. The Globe and Mail. 22 mai 2015. [mis à jour le 22 juin 2016]. En ligne à : http://www.theglobeandmail.com/life/the-case-for-publicly-funded-therapy/article24567332/

51. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med. 2011;41(8):1751-1761.

52. Pompili M, Venturini P, Palermo M, et al. Mood disorders medications: predictors of nonadherence—review of the current literature. Expert Rev Neurother. 2013;13(7):809-825.

53. Wuthrich VM, Frei J. Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. Int Psychogeriatr. 2015; 27(07):1227-1236.

54. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, et al. First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. Arch Womens Ment Health. 2008; 11(2):109-115.

55. Agence de la santé publique du Canada. Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada. Dans : Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2006. p. 159-179. [HP5-19/2006E]

56. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(8):1235-1243.

57. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010;22(7):1025-1039.

58. Simpson AI, McMaster JJ, Cohen SN. Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. J Am Acad Psychiatry Law. 2013;41(4):501-509.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.5.05f

Lettre à la rédaction

Les répercussions de la professionnalisation de la promotion de la santé au Canada : une réponse à la lettre à la rédaction de J. R. Graham

Thierry Gagné, M. Sc. (1,2); Josée Lapalme, M.A. (1,2); Janette Leroux, M. Sc. (3,4)

Diffuser cet article sur Twitter

La promotion de la santé englobe généralement deux dimensions : un discours sur la place qu'occupe la santé au sein de la société et un domaine spécialisé d'intervention (p. ex. une pratique) au sein du domaine plus large de la santé publique[1]. Afin de renforcer les pratiques de promotion de la santé au Canada, les membres de Promotion de la santé Ontario (PSO) ont commencé en 2006 à réaliser des revues de la littérature et à créer un premier ensemble de compétences spécifiques à ce domaine sur le modèle des compétences essentielles en matière de santé publique au Canada établies en 2005 par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Un réseau pancanadien pour les compétences des promoteurs de la santé (RPCPS) a ensuite été mis sur pied et des consultations avec des praticiens ont eu lieu dans l'ensemble du Canada, ce qui a mené à la publication des Compétences nationales des promoteurs de la santé en novembre 2015[2].

J. R. Graham s'est récemment demandé si l'accent mis sur les compétences n'entraînait pas une « professionnalisation » limitée de la promotion de la santé, ce qui pourrait nuire à la capacité de son propos à s'étendre au sein des autres organismes professionnels de la santé publique[3]. On peut critiquer toute tentative de professionnalisation de la promotion de la santé : comment peut-on plaider en faveur d'une profession indépendante tout en faisant la promotion d'un dépassement des clivages professionnels et d'une collaboration avec d'autres secteurs? On peut également critiquer l'état instable du discours de promotion au Canada, qui connaît des difficultés depuis la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986 et les « bonnes années » qui ont suivi (fin des années 1980 et années 1990) au sein des organismes gouvernementaux et des établissements universitaires au Canada[4].

Il nous semble que ces critiques oublient la nature diversifiée et souvent précaire de la pratique actuelle de la promotion de la santé au Canada. Contrairement à ce que Graham suggère, les promoteurs de la santé ne sont plus « les nouveaux venus » et constituent plutôt un groupe marginal en croissance au sein de l'effectif en santé publique, un groupe qui doit respecter des priorités budgétaires et des orientations organisationnelles de plus en plus strictes. Dans ce contexte, des compétences en matière de promotion de la santé qui contribuent à la légitimation de leur travail sont essentielles. Créer un espace professionnel consacré aux promoteurs de la santé ne veut pas dire de faire de la promotion de la santé un nouveau secteur indépendant en santé publique, mais plutôt de créer une identité et un espace de rencontre pour ceux qui font ce travail important tout en étant rarement représentés dans les milieux et secteurs où ils agissent.

Préserver à long terme la promotion de la santé signifie maintenir à la fois son discours et son domaine de pratique. Les membres du RPCPS ont continué à collaborer après novembre 2015 – ce que Graham ne pouvait savoir au moment de sa lettre à la rédaction – afin de mettre sur pied un nouvel organisme, Promotion de la santé Canada (PSC), qui favorise l'établissement d'un mandat plus étendu en matière de promotion de la santé[5]. En s'inspirant des succès précédents, PSC vise à faciliter la création de sections provinciales composées de professionnels en promotion de la santé et chapeautées par une infrastructure nationale. Tout en maintenant son mandat professionnel, PSC intègre maintenant des chercheurs juniors et séniors dans son comité exécutif. Il prévoit aussi de favoriser l'établissement d'un espace plus large d'échanges et de transferts des connaissances universitaires et professionnelles et d'intégrer d'autres organismes régionaux,

Points saillants

- La promotion de la santé est constituée de deux dimensions connexes : un discours sur la place qu'occupe la santé au sein de la société et un domaine d'intervention spécialisé au sein du domaine plus vaste de la santé publique.
- Mettre uniquement l'accent sur la professionnalisation de la promotion de la santé pourrait occulter le discours qui peut toucher d'autres organismes professionnels en santé publique.
- Les initiatives prévoyant la création et le développement de ressources professionnelles sont essentielles au maintien d'un personnel qualifié et d'institutions spécialisées.

Rattachement des auteurs :

1. Promotion de la santé Canada
2. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), Montréal (Québec) Canada
3. Promotion de la santé Ontario
4. Université Queen's, Kingston (Ontario) Canada

Correspondance : Thierry Gagné, 7101, avenue du Parc, bureau 3139, Montréal (Québec) H3N 1X9; courriel : thierry.gagne@umontreal.ca

nationaux et internationaux soutenant déjà la promotion de la santé.

Nous remercions J. R. Graham et la revue PSPMC pour leur participation à ce débat complexe sur le renforcement de la promotion de la santé au Canada. Cette professionnalisation s'inscrit dans une tendance plus vaste liée à l'expansion du néolibéralisme, tendance à laquelle le secteur de la santé n'échappe pas. L'adoption d'une position critique est essentielle dans ce contexte afin de s'assurer que toute mesure de professionnalisation n'affaiblit pas les efforts déployés en matière de promotion de la santé. Nous affirmons que les compétences en promotion de la santé et la création de Promotion de la santé Canada contribuent à l'établissement et à la vitalité à long terme de ce secteur et nous invitons toute personne à se joindre à cette discussion.

Références

1. O'Neill M, Stirling A. The promotion of health or health promotion? Dans : O'Neill M, Pederson A, Dupéré S, Rootman I (dir.). Health promotion in Canada. 2e éd. Toronto : Canadian Scholars' Press; 2007. p. 3245.

2. Réseau pancanadien pour les compétences des promoteurs de la santé. Les compétences du promoteur de santé. [Internet]. RPCPS; 2015 [consultation le 13 février 2017]. En ligne à : http://www.healthpromotercanada.com

3. Graham JR. À qui profite la professionnalisation de la promotion de la santé? Promotion de la santé et prevention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(1):36.

4. O'Neill M, Rootman I, Dupéré S, Pederson A. The evolution of health promotion in Canada. Dans : Rootman I, Dupéré S, Pederson A, O'Neill M (dir.). Health promotion in Canada. 3e éd. Toronto : Canadian Scholars' Press; 2012. p. 3-17.

5. Promotion de la santé Canada (PSC). Our history. 2017 [consultation le 13 février 2017]. En ligne à : https://www.healthpromotioncanada.ca/about-us/our-history/

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2016 et 2017.

Badawi A, Ryoo SG. Prevalence of diabetes in the 2009 influenza A (H1N1) and the middle east respiratory syndrome coronavirus: a systematic review and meta-analysis. J Public Health Res. 2016;5(3):130-8. doi: 10.4081/jphr.2016.733.

Balki M, **Liu S, León JA**, Baghirzada L. Epidemiology of cardiac arrest during hospitalization for delivery in Canada: a nationwide study. Anesth Analg. 2017;124(3):890-7. doi: 10.1213/ANE.0000000000001877.

Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, [...] **Badawi A**, et al. The burden of mental disorders in the eastern Mediterranean region, 1990-2013. PLOS ONE. 2017;12(1):e0169575. doi: 10.1371/journal.pone.0169575.

Lavigne É, Bélair M-A, **Do MT**, [...] **Ofner M, Xie L**, et al. Maternal exposure to ambient air pollution and risk of early childhood cancers: a population-based study in Ontario, Canada. Environ Int. 2017;100:139-47. doi: 10.1016/j.envint.2017.01.004.

Li Y, Li W, **Liang B**, et al. Identification of cancer risk lncRNAs and cancer risk pathways regulated by cancer risk lncRNAs based on genome sequencing data in human cancers. Sci Rep. 2016;6. doi: 10.1038/srep39294.

Mikton CR, Tanaka M, Tomlinson M, Streiner DL, **Tonmyr L**, et al. Global research priorities for interpersonal violence prevention: a modified Delphi study. Bull WHO. 2017;95(1):36-48. doi: 10.2471/BLT.16.172965.

Pan SY, De Groh M, Morrison H. A case-control study of risk factors for salivary gland cancer in Canada. J Cancer Epidemiol. 2017;2017. doi: 10.1155/2017/4909214.

Passi A, **Plitt SS**, Lai FY, Simmonds K, Charlton CL. The economic impact of prenatal varicella immunity among pregnant women in Alberta. Vaccine. 2017;35(4):570-6. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.12.014.

Pons W, Young I, Pearl D, Jones-Bitton A, McEwen SA, **Pintar K**, et al. Exploring the relationships between small noncommunity drinking water system characteristics and water system performance in Ontario, Canada. J Water Health. 2016;14(6):998-1008. doi: 10.2166/wh.2016.007.

Rabadán-Diehl C, Safdie M, **Rodin R**. Canada-United States-Mexico trilateral cooperation on childhood obesity initiative. Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health. 2016;40(2):80-4.

Shields ME, Hovdestad WE, Gilbert CP, Tonmyr LE. Childhood maltreatment as a risk factor for COPD: findings from a population-based survey of Canadian adults. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2016;11(1):2641-50. doi: 10.2147/COPD.S107549.

Tonmyr L, Shields M. Childhood sexual abuse and substance abuse: a gender paradox? Child Abuse Negl. 2017;63:284-94. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.11.004.

Wekerle C, Goldstein AL, Tanaka M, **Tonmyr L**. Childhood sexual abuse, sexual motives, and adolescent sexual risk-taking among males and females receiving child welfare services. Child Abuse Negl. 2017. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.01.013.

Willis CD, Corrigan C, Stockton L, **Greene JK**, Riley BL. Exploring the unanticipated effects of multi-sectoral partnerships in chronic disease prevention. Health Policy. 2017;121(2):158-68. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.11.019.

Willis CD, Riley BL, Stockton L, [...] **Robinson KL**, et al. Scaling up complex interventions: insights from a realist synthesis. Health Res Policy Syst. 2016;14(1):88. doi: 10.1186/s12961-016-0158-4.

Yeung RO, Savu A, Kinniburgh B, Lee L, **Dzakpasu S, Nelson C**, et al. Prevalence of gestational diabetes among Chinese and South Asians: a Canadian population-based analysis. J Diabetes Complications. 2017;31(3):529-36. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.10.016.